

**COUR D'APPEL PENALE**

---

---

Audience du 8 août 2016

---

Composition : M. BATTISTOLO, président  
M. Pellet et Mme Rouleau, juges  
Greffière : Mme Mirus

\*\*\*\*\*

Parties à la présente cause :

**D.**\_\_\_\_\_, représenté par Me Charles Joye, défenseur de choix à Lausanne, appelant et intimé par voie de jonction,

**B.**\_\_\_\_\_, prévenu, représenté par Me Charles Joye, défenseur de choix à Lausanne, appelant et intimé par voie de jonction,

**L.**\_\_\_\_\_ **SA**, représentée par Me Charles Joye, conseil de choix à Lausanne, appelante,

**Ministère public**, représenté par le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales, appelant et intimé par voie de jonction,

et

**D.T.**\_\_\_\_\_, partie plaignante, représentée par Me Marcel Bersier, conseil de choix à Genève, intimée et appelante par voie de jonction,

**N.**\_\_\_\_\_, partie plaignante, représentée par Me Marcel Bersier, conseil de choix à Genève, intimée et appelante par voie de jonction.

La Cour d'appel pénale considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 18 novembre 2015, le Tribunal de police de l'arrondissement de La Côte a libéré B.\_\_\_\_\_ des accusations d'homicide par négligence et d'exposition (I), a libéré D.\_\_\_\_\_ des accusations d'homicide par négligence et d'exposition (II), a alloué à D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ un montant de 31'235 fr. 90 à titre de dépens pénaux au sens de l'art. 433 CPP et dit que B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ sont débiteurs, solidairement entre eux, de ce montant (III), a donné acte à D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ de leurs réserves civiles à l'encontre de D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ pour le surplus (IV), a levé le séquestre n°4012 portant sur le dossier médical de feu B.T.\_\_\_\_\_ auprès de la clinique de Q.\_\_\_\_\_ et ordonné sa restitution à cet établissement (V), a mis à la charge de B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, chacun pour moitié, les frais de la cause arrêtés à 15'317 fr. 90 (VI), et dit qu'aucune indemnité à forme de l'art. 429 CPP n'est due à D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ (VII).

**B.** Par annonce du 20 novembre 2015, puis déclaration motivée du 11 décembre 2015, le Ministère public central, division affaires spéciales, a formé appel contre le jugement précité, en concluant à sa réforme en ce sens que B.\_\_\_\_\_ est reconnu coupable d'homicide par négligence, qu'il est condamné à une peine pécuniaire de 30 jours-amende, le montant du jour-amende étant fixé à 50 fr., avec sursis pendant deux ans, et que les frais de la procédure d'appel sont mis à sa charge.

Par annonce du 27 novembre 2015, puis déclaration motivée du 16 décembre 2015, complétée le 12 janvier 2016, D.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ SA, par leur défenseur, respectivement conseil de choix, ont

conjointement formé appel contre le jugement précité, en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'aucune indemnité à forme de l'art. 433 CPP n'est due à D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, que les prétentions civiles prises à l'encontre de D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ par D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ sont rejetées, que les frais de la cause, arrêtés à 15'317 fr. 90, sont laissés à la charge de l'Etat (VI) qu'une indemnité au sens de l'art. 429 CPP d'un montant de 118'275 fr. 60 est allouée, à la charge de l'Etat, à B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, subsidiairement à L.\_\_\_\_\_SA, et que les frais d'appel, y compris l'indemnité due aux appelants pour l'exercice de leurs droits procéduraux, sont laissés à la charge de l'Etat. A titre de mesures d'instruction, ils ont requis l'audition de R.\_\_\_\_\_ et de V.\_\_\_\_\_, une deuxième et nouvelle expertise, la production du rapport de police relatif à la levée de corps et de l'apport de médecine légale, ainsi que le retrait du rapport d'expertise du 28 avril 2011.

Le 7 janvier 2016, le Ministère public a présenté une demande de non-entrée en matière sur l'appel de L.\_\_\_\_\_SA.

Le 12 janvier 2016, D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, par leur conseil de choix, ont interjeté un appel joint, en concluant à la réforme du jugement précité en ce sens que B.\_\_\_\_\_ est reconnu coupable d'homicide par négligence (conclusion II/I), que D.\_\_\_\_\_ est reconnu coupable d'homicide par négligence (conclusion II/II), que B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, conjointement et solidairement entre eux, sont condamnés à payer 30'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 16 décembre 2008 à N.\_\_\_\_\_ au titre d'indemnité pour tort moral au sens de l'art. 47 CO, 30'000 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 16 décembre 2008 à D.T.\_\_\_\_\_ au titre d'indemnité pour tort moral au sens de l'art. 47 CO et 1 fr. symbolique à N.\_\_\_\_\_ et D.T.\_\_\_\_\_ pour les frais d'inhumation de leur père au sens de l'art. 45 CO (conclusion II/IV) et que les frais d'appel, y compris l'indemnité due aux parties plaignantes à titre de dépens pénaux, sont mis conjointement et solidairement à la charge de B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. A titre de mesures d'instruction, elles ont en outre requis la production par B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ de la facture établie à leur intention ou à l'intention de leur défenseur par le Dr V.\_\_\_\_\_ suite à

l'établissement par ce dernier d'un rapport privé et, dans l'hypothèse où le Dr V.\_\_\_\_\_ devait être entendu par la Cour de céans, l'audition du Dr H.\_\_\_\_\_. A l'audience d'appel, les parties plaignantes ont actualisé leurs conclusions civiles en ce sens qu'outre le montant des indemnités pour tort moral et des frais d'inhumation, une indemnité de 62'113 fr. 90 leur est allouée au titre de dépens pénaux de première et seconde instances au sens de l'art. 433 CPP.

Par avis du 25 janvier 2016, le Président de la Cour de céans a invité les parties à se déterminer (art. 403 al. 2 CPP) sur la recevabilité de la « conclusion II » de l'appel joint des parties plaignantes et sur la recevabilité de l'appel de L.\_\_\_\_\_SA.

Toutes les parties se sont déterminées. Dans leurs déterminations du 15 février 2016, B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_SA ont en outre formé une demande de non-entrée en matière (art. 400 al. 3 let. a CPP) portant sur la « conclusion II/IV » de l'appel joint.

Par avis du 18 février 2016, le Président de la Cour de céans, précisant à l'attention des parties que son précédent avis du 25 janvier 2016 concernait uniquement la « conclusion II/II » de l'appel joint relative à la culpabilité de D.\_\_\_\_\_, a invité les parties à se déterminer sur la demande de non-entrée en matière présentée le 15 février 2016 par B.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_SA en rapport avec la « conclusion II/IV » de l'appel joint.

Le 4 mars 2016, le Ministère public, d'une part, et D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, d'autre part, se sont déterminés.

Par prononcé du 11 mars 2016, la Cour de céans a dit qu'il n'était pas entré en matière sur la conclusion II/II de l'appel joint formé le 12 janvier 2016 (I), a dit que, pour le surplus, il était entré en matière sur les appels et sur l'appel joint (II) et que les frais de ce prononcé, par 770 fr., étaient mis à raison d'un tiers à la charge de D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, solidairement entre elles, et à raison d'un tiers à la charge de B.\_\_\_\_\_,

D.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_SA, solidairement entre eux, le solde étant laissé à la charge de l'Etat (III).

Le 11 mai 2016, le Président de la Cour de céans a rejeté les réquisitions de preuves contenues dans les écritures des parties, pour le motif qu'elles n'étaient pas nécessaires au traitement de l'appel. D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont renouvelé leur requête aux débats d'appel, sans s'opposer à ce qu'il soit statué sur ce point dans le cadre de l'appréciation des preuves dans le jugement à intervenir.

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

**1.** B.\_\_\_\_\_, originaire de France, est né à Alger le 19 avril 1944. Il est officiellement retraité depuis le mois de septembre 2015 tout en conservant une activité à temps partiel. Il a obtenu un diplôme en médecine en 1975 et un certificat d'études spéciales en psychiatrie en 1979, de même que les titres d'interne titulaire des Hôpitaux de Picardie, d'assistant des Hôpitaux psychiatriques (1977) et de psychiatre des Hôpitaux (concours du Psychiaticat, 1980). Il a également effectué une formation complémentaire en économie de la santé en 1990-1991 et a obtenu un diplôme interuniversitaire organisé par Viviane Koves. Il ressort également de son *curriculum vitae* qu'il a œuvré en qualité d'expert psychiatre auprès de la Cour d'Appel de Grenoble durant les années 1996 à 2004. Il a également exercé la fonction d'enseignant en psychiatrie de 1974 à 1979 et a été l'auteur de nombreuses publications scientifiques. Il a déclaré percevoir une retraite mensuelle de l'ordre de 4'700 euros, ainsi qu'un revenu annuel d'environ 60'000 euros net pour une activité de psychiatre indépendant à temps partiel. Il est marié et a huit enfants, tous majeurs et hors du domicile. Son épouse a également cinq enfants. Le prévenu entretient encore deux de ses enfants aux études qui ne sont pas domiciliés avec lui. Il leur verse 650 euros à chacun par mois. Il vit actuellement en France avec son épouse et trois enfants de cette dernière. Il est propriétaire de sa maison. La charge hypothécaire représente environ 2'000 euros par mois.

L'extrait du casier judiciaire suisse le concernant ne comporte aucune inscription.

2. Le matin du 14 décembre 2008, le Dr E.T.\_\_\_\_\_ a fait appel au Dr D.\_\_\_\_\_, directeur médical à la clinique Q.\_\_\_\_\_, pour une admission de son cousin B.T.\_\_\_\_\_, dès lors qu'il avait constaté, à l'instar de la famille du patient, une aggravation de l'état de santé de B.T.\_\_\_\_\_. Suite à cet entretien téléphonique avec E.T.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ a mentionné dans une note manuscrite au dossier médical (P. 33) ce qui suit : *« état dépressif majeur il y a quinze ans, bilan sanguin sans particularité, pas d'antécédent psychiatrique autre, depuis quinze jours délire de persécution (+++), tapissier décorateur, vide son atelier, pas de problème économique. Seroquel à petite dose + Xanax, depuis jeudi Seropram + Lithium en plus, pas d'idée suicidaire »*. Conduit par E.T.\_\_\_\_\_, B.T.\_\_\_\_\_ a été admis volontairement à la clinique précitée le 15 décembre 2008, vers 16 heures. Il a immédiatement effectué un entretien d'admission avec le Dr B.\_\_\_\_\_, directeur des soins et médecin responsable des admissions, qui a posé, selon la fiche d'observation d'entrée du 15 décembre 2008, le diagnostic provisoire suivant : CODE CIM-10 (libellé + chiffre) : F22.0. Lors de cette admission, B.\_\_\_\_\_ s'est posé la question d'un trouble dépressif sévère, mais sans pouvoir poser de diagnostic définitif, le patient ayant alors manifesté une certaine sérénité et un certain calme et ne lui ayant pas paru présenter de risque suicidaire. Il a en conséquence prescrit la poursuite du traitement en cours prodigué par le Dr E.T.\_\_\_\_\_ et n'a pas donné de consignes de sécurité particulières.

Le matin du 16 décembre 2008 a eu lieu le colloque médical habituel auquel ont notamment participé B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, ce dernier en sa qualité de directeur médical. Rien de particulier n'a été évoqué au sujet de B.T.\_\_\_\_\_. B.\_\_\_\_\_ a ensuite revu ce patient en consultation à 13h30. C'est alors que le patient a tenu des affirmations qui ont commencé à lui sembler délirantes. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué sur une fiche dactylographiée figurant au dossier médical, intitulée « B.T.\_\_\_\_\_ Suites » : *« 16.12.2008 : M B.T.\_\_\_\_\_ présente une mélancolie délirante*

*avec auto accusation, pense avoir ruiné sa famille, s'accuse de mensonge et de tromperie. Patient réticent s'exprime peu, reste méfiant. Modification du traitement, introduction de 5 mg d'ABILIFY* ». Plus tard dans l'après-midi, la famille du patient, à savoir deux de ses trois filles, D.T.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, et son épouse, C.T.\_\_\_\_\_, est venue le trouver. Celles-ci l'ont trouvé extrêmement angoissé et anxieux. Elles ont alors en particulier fait part à l'infirmier R.\_\_\_\_\_, lequel se trouvait à la réception du service dans lequel B.T.\_\_\_\_\_ était admis, de leurs craintes au sujet de la dégradation de l'état de santé de leur père et mari lorsqu'elles ont quitté l'établissement vers 18h30. Ce dernier a noté à cet égard sur la fiche de transmission au dossier médical ce qui suit : *« entourage du patient (épouse + 2 filles) confirmant qu'il n'y a pas d'élément de réalité justifiant les idées de persécution et de ruine du patient (« police devant l'arrêter pour les délits qu'il a commis » ; caméras pour le surveiller ; etc.)*. A 18h40, le même infirmier a demandé au patient de se rendre au restaurant pour le repas de 19 heures et a vérifié que ce patient pénètre bien dans le bâtiment du restaurant. B.T.\_\_\_\_\_ s'est toutefois dirigé vers les voies de chemins de fer sans que personne ne l'aperçoive. A 19 heures, lors du contrôle des présences au repas, le personnel soignant de la clinique Q.\_\_\_\_\_ s'est rendu compte de son absence et a lancé des recherches. Il n'est pas établi qu'il se soit écoulé plus d'une dizaine de minutes entre le contrôle visuel de l'infirmier R.\_\_\_\_\_ et le contrôle de présence qui a déclenché les recherches. B.T.\_\_\_\_\_ a alors été retrouvé mort sur les voies ferrées qui se trouvent à quelques minutes à pied de la clinique.

N.\_\_\_\_\_, D.T.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et C.T.\_\_\_\_\_ ont déposé plainte pénale le 27 juillet 2009. C.T.\_\_\_\_\_ est décédée en cours d'enquête et F.\_\_\_\_\_ a retiré sa plainte le 16 avril 2013.

### **3.**

**3.1** Par ordonnance du 30 novembre 2009, le Juge d'instruction de l'arrondissement de La Côte, alors en charge du dossier, a ordonné la mise en œuvre d'une expertise et a nommé en qualité d'expert le Professeur M.\_\_\_\_\_ du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML),

à charge pour lui de confier cette mission à l'un de ses collaborateurs et de s'assurer le concours d'un psychiatre au besoin, afin de déterminer si une négligence dans les soins et l'encadrement apportés à feu B.T.\_\_\_\_\_ pouvait être imputée au personnel et médecins de la clinique Q.\_\_\_\_\_.

Le rapport d'expertise, cosigné par les Professeurs M.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, a été déposé le 28 avril 2011 (P. 26). Les experts se sont basés sur les pièces principales du dossier judiciaire, le dossier médical de feu B.T.\_\_\_\_\_ lors de son séjour à la clinique précitée, de même que sur un entretien téléphonique du Prof. S.\_\_\_\_\_ avec D.\_\_\_\_\_ le 11 octobre 2010. Ils ont constaté que B.T.\_\_\_\_\_ avait été admis à la clinique Q.\_\_\_\_\_ pour une mélancolie délirante diagnostiquée par le Dr E.T.\_\_\_\_\_. Ils ont précisé que toute mélancolie délirante devait poser la question du risque suicidaire qui était toujours élevé dans ce cas, étant également bien connu que les personnes qui souffraient de cette affection avaient beaucoup de réticence à exprimer une volonté suicidaire. Cette réticence devait alors rendre les soignants attentifs à une dangerosité accrue, étant précisé qu'une amélioration apparente était souvent un paravent pour dissimuler l'intention suicidaire. A cet égard, les experts ont mentionné qu'une évaluation suicidaire avec des protocoles reconnus par la communauté scientifique leur semblait nécessaire dans ces situations. Selon eux, un protocole d'évaluation du suicide rempli systématiquement lors de l'entrée des patients avec des troubles de l'humeur serait un instrument utile à introduire à la clinique Q.\_\_\_\_\_, tout comme un instrument de suivi systématique de ce type de situation. Ils ont également indiqué que dès qu'un diagnostic de mélancolie délirante était posé, qui, de plus, nécessitait une hospitalisation, une surveillance importante du risque suicidaire était nécessaire. Cette surveillance ne devait pas être trop forte (il n'était souvent pas nécessaire de mettre ces personnes dans des chambres fermées, mais un service fermé semblait adapté), car elle devait servir, dans un premier temps, à protéger le patient contre lui-même, mais aussi et surtout, dans un deuxième temps, à créer une relation d'empathie et de confiance et à l'aider à mettre en mots sa souffrance psychique. Les experts ont relevé

que le diagnostic provisoire posé le jour de l'hospitalisation dans le rapport d'observation médical (F22.0 (CIM-10)) signifiait « troubles délirants persistants ». Le traitement médicamenteux instauré comportait un antipsychotique, le Seroquel 25 (2 le soir), deux antidépresseurs, le Remeron 15 (1 cp au coucher) et le Cipralex 10 (2 cp le matin), un somnifère, le Stilnox (1 cp au coucher), le Lithiofor (1/2 cp le matin et 1 cp le soir) et un antihypertenseur, l'Aprovel 150 (1cp le matin). Selon les experts, ce traitement était adéquat. Ceux-ci ont cependant indiqué que des mesures de surveillance visuelle auraient certainement dû être prises dès le moment où le diagnostic de « mélancolie délirante » avait été posé. De même, l'indication à l'admission de B.T. \_\_\_\_\_ dans un service fermé aurait dû être prise. Dans leurs discussions, les experts ont en effet relevé que dès le lendemain de l'admission, soit le 16 décembre 2008, les symptômes étaient devenus clairs et évidents avec des idées de ruine et de culpabilité, des sentiments de persécution, un ralentissement psychomoteur, de la méfiance, une humeur nettement dépressive et ceci sans verbalisation d'idées suicidaires même sur demande. Si les experts ont estimé que le traitement médicamenteux adéquat avait été ordonné lorsque le diagnostic de mélancolie délirante avait été posé, ils n'avaient toutefois trouvé aucune trace d'une évaluation sérieuse du risque suicidaire, quand bien même ce risque était très important avec le diagnostic posé, et cela même si la personne ne l'exprimait pas explicitement. Comme seule trace de cette évaluation, les experts ont trouvé dans les dossiers des notes qui signifiaient que le patient n'exprimait pas verbalement une volonté suicidaire. Au vu de la littérature sur cette question et des remarques posées, les experts ont estimé que cette évaluation était insuffisante. Selon eux, les soignants n'avaient pas non plus suffisamment pris en compte les remarques faites par les proches du patient en fin d'après-midi du 16 décembre 2008 qui signifiaient clairement leur inquiétude quant à l'aggravation psychique de leur père et mari. Les experts ont enfin relevé que le diagnostic de « mélancolie délirante » augmentait considérablement le risque suicidaire, si bien que le comportement de feu B.T. \_\_\_\_\_ aurait dû être considéré comme un risque majeur et que des mesures de surveillance visuelle auraient dû être prises. En définitive, les experts ont estimé qu'un

protocole d'évaluation du suicide rempli systématiquement lors de l'entrée des patients avec des troubles de l'humeur serait un instrument utile à introduire à la clinique Q.\_\_\_\_\_, comme un instrument de suivi systématique de ce type de situation.

**3.2** Entendu le 22 janvier 2013 par le procureur (PV aud. 4), le Prof. S.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il était parti du principe qu'à son admission, B.T.\_\_\_\_\_ souffrait d'une mélancolie délirante, et qu'il était en mesure de confirmer son rapport d'expertise dès lors que ce diagnostic avait en toute hypothèse été confirmé le lendemain, soit le 16 décembre 2008, lorsque B.\_\_\_\_\_ avait examiné à nouveau le patient. Interpellé sur le fait que le Dr E.T.\_\_\_\_\_ n'avait, selon son procès-verbal d'audition (PV aud. 3), pas posé un diagnostic de mélancolie délirante, mais avait évoqué une suspicion de mélancolie délirante sans risque suicidaire, l'expert a indiqué que cela ne changeait pas vraiment ses conclusions, dès lors que la raison de l'hospitalisation était la présence d'une dépression avec un probable délire de persécution. Il a précisé que, pour le corps médical, c'était une évidence que la mélancolie délirante induisait un risque suicidaire, précisant qu'il serait facile d'amener des références scientifiques mais que cela résultait des bonnes pratiques habituelles de leur métier. D'ailleurs, le fait de nier ce risque faisait partie de la pathologie. Pour l'expert, si l'on suspectait une mélancolie délirante, cela induisait aussi un risque suicidaire. Il a alors rappelé qu'une surveillance était nécessaire sous une forme visuelle avec création d'une relation thérapeutique. Si le placement en chambre fermée ne se justifiait pas, il aurait néanmoins fallu mettre en place une structure permettant de contrôler la sortie du patient d'un espace ouvert. Il a encore précisé que dès le moment où il y avait une suspicion de mélancolie délirante, il aurait dû y avoir une analyse approfondie du risque suicidaire qu'il n'avait pas trouvée au dossier. Dès le moment où il y avait une suspicion de mélancolie délirante, soupçon qui avait été confirmé par des spécialistes le lendemain de l'admission, le patient aurait sans aucun doute dû être identifié comme un patient à risque suicidaire. Interpellé sur l'incidence de la surveillance visuelle sur le risque de passage à l'acte, l'expert a indiqué qu'en cas de surveillance visuelle, le personnel se serait rendu compte très vite qu'il était parti et

peut-être aurait-il été possible d'intervenir. Pour l'expert, au-delà de la surveillance, ce risque aurait dû être évalué sérieusement et communiqué à toutes les personnes de l'entourage du patient, essentiellement au personnel soignant ainsi qu'au patient lui-même. Selon l'expert, le fait de signaler au patient qu'on avait appréhendé le risque pouvait réellement l'aider à prendre conscience de la situation dans laquelle il se trouvait, même s'il avait des difficultés de discernement. L'expert a encore précisé que le temps nécessaire à un psychiatre pour poser le diagnostic de mélancolie délirante pouvait prendre 5 minutes comme plusieurs jours s'il devait compléter son dossier. S'il existait cependant déjà des suspicions de mélancolie délirante, un entretien avec le patient pouvait suffire. Il a encore ajouté que le délire de persécution était un des éléments qui caractérisait la mélancolie délirante. L'expert a cependant relevé que s'il était possible d'évaluer le risque de suicide, il n'était pas possible de prédire le suicide lui-même.

**3.3** Le 7 juin 2013, les prévenus ont requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, les lacunes et inexactitudes de la première s'opposant selon eux à ce qu'un complément soit requis du même expert. Par ordonnance du 28 mai 2014, le Ministère public de l'arrondissement de La Côte, alors en charge du dossier, a délivré un nouveau mandat d'expertise. Il a désigné en qualité d'expert responsable la Dresse [...], ...]directrice médicale de [...].

Statuant sur recours déposé par les prévenus contre un arrêt rendu le 31 décembre 2014 par la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal vaudois (CREP 879/2014), la I<sup>re</sup> Cour de droit public du Tribunal fédéral a, par arrêt du 16 avril 2015 (TF 1B\_37/2015), notamment annulé l'arrêt attaqué, admis la demande de récusation dirigée contre la Dresse [...] et renvoyé le dossier de la cause au Ministère public pour que celui-ci ordonne une nouvelle expertise et désigne un nouvel expert.

Procédant en reprise de cause, le procureur a tenté de désigner un nouvel expert, mais en vain. Le magistrat s'est en effet heurté

au refus de tous les médecins et institutions médicales pressentis comme experts (P. 105, 106, 116, 117, 118, 119 et 120).

Le 28 juillet 2015, le procureur a adressé un avis de prochaine clôture aux parties, annonçant qu'il entendait mettre en accusation les prévenus. Dans le même avis, il a ajouté que le Ministère public renonçait à l'expertise complémentaire, vu les difficultés rencontrées pour trouver un expert et compte tenu de l'ancienneté des faits.

**3.4** D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont produit un rapport médical établi à leur demande le 5 novembre 2015 par le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, médecin-chef du service de psychiatrie et psychothérapie hospitalière adulte du Réseau Santé Valais (P. 148/3). Ce rapport se base sur l'examen du dossier pénal fourni par la défense de même qu'une rencontre le 17 septembre 2015 avec les prénommés et leur défenseur. Le même questionnaire que celui figurant dans l'ordonnance du 30 novembre 2009 a été transmis à ce médecin qui a présenté des conclusions différentes de celles posées par les experts officiels. En particulier, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé que sur la base des éléments connus des prévenus au moment du décès, il était impossible d'établir formellement que certaines idées de feu B.T. \_\_\_\_\_ étaient délirantes, si bien qu'aucun diagnostic ne pouvait être formellement retenu, ce d'autant moins que le patient n'avait aucun antécédent de maladie psychiatrique. En conséquence, les médecins de Q. \_\_\_\_\_ ne pouvaient pas poser le diagnostic de « mélancolie délirante », mais ne pouvaient que le supposer. Ce médecin a ensuite développé la thèse selon laquelle il aurait fallu en toute hypothèse préalablement exclure une atteinte cérébro-organique avant de pouvoir poser un tel diagnostic. Il a confirmé que le traitement instauré était adéquat tout en précisant qu'à son sens des mesures de surveillance ne devaient pas être prises, dès lors que les médecins n'avaient pas d'arguments médicaux justifiant la prescription de telles mesures. B.T. \_\_\_\_\_ ne souffrait en effet pas d'une maladie psychiatrique depuis plusieurs années, n'avait jamais parlé de suicide et ne présentait pas d'amélioration clinique au moment du décès. En conséquence, les soins donnés au prénommé par les médecins de la clinique de Q. \_\_\_\_\_ étaient

suffisants, aucune faute dans le traitement, le suivi et les mesures prises à son endroit ne pouvant être reprochée aux médecins. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a encore précisé que le comportement de B.T. \_\_\_\_\_ n'était pas prévisible. Quant au protocole d'évaluation du risque suicidaire, l'expert a mentionné que son usage n'était pas généralisé voire même contre-indiqué.

**3.5** Entendu aux débats, l'expert H. \_\_\_\_\_ a indiqué que le diagnostic de mélancolie délirante induisait immanquablement un risque de suicide, dès lors que ce diagnostic était la forme la plus sévère de la dépression. Il a précisé que toute dépression impliquait un risque suicidaire potentiel dont il s'agissait d'évaluer le risque. Il ne pouvait pas répondre à la question de savoir si une mélancolie délirante induisait immanquablement un manque de discernement, car le manque de discernement s'évaluait en fonction d'une question précise. Dans le cadre du dossier de B.T. \_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'éléments indiquant la présence ou l'absence de la capacité de discernement en relation avec le risque suicidaire. Il était possible qu'il y ait eu des éléments qui pouvaient aller dans le sens d'une absence de discernement d'autant plus que l'après-midi le patient allait plus mal mais il s'agissait là d'une hypothèse. Pour l'expert, une évaluation du risque suicidaire devait être faite chaque fois qu'un patient était admis dans un hôpital psychiatrique, indépendamment du fait que le patient n'exprimait pas verbalement des idées suicidaires ou qu'il n'ait pas d'antécédents psychiatriques. L'expert a alors expliqué que l'évaluation de ce risque se faisait sur la base de 3 dimensions (RUD), à savoir le risque épidémiologique, l'urgence et la dangerosité, qui faisaient l'objet de plusieurs critères. Dans le cadre de l'examen de l'urgence, par exemple, le fait que le patient n'exprimait pas d'idées suicidaires ou l'absence d'antécédents, ne changeait rien. Si une mesure de surveillance, type service fermé avec présence visuelle mais chambre non fermée avait été mise en place, il n'était pas possible d'exclure avec certitude que le patient soit néanmoins passé à l'acte. Il y avait en effet toujours une possibilité qu'un patient même hospitalisé se donne la mort. Une mesure de surveillance avait précisément pour objet de diminuer ce risque. L'expert a indiqué que les médecins n'arrivaient pas dans les hôpitaux et les cliniques à obtenir une surveillance visuelle

permanente et qu'usuellement une surveillance de l'ordre de tous les quarts d'heure était mise en place. Une surveillance trop stricte impliquait une mesure de contrainte. L'enfermement pouvait avoir des conséquences néfastes sur la personne et le rendre réfractaire aux soins. Il s'agissait d'une *ultima ratio* qui est même actuellement discutée dans les hôpitaux. Il manquait aux experts l'évaluation du risque suicidaire pour permettre de préconiser une mesure aussi lourde. On ne pouvait pas exclure que, même si le risque suicidaire avait été évalué et avait amené la mise en place d'une mesure de surveillance de type placement en chambre fermée, que B.T. \_\_\_\_\_ ne soit passé à l'acte. On ne pouvait que réduire la probabilité en fonction des mesures que l'on prenait mais on ne pouvait pas exclure le risque. L'expert a encore précisé que lorsqu'un hôpital, qui détectait un risque de suicide, n'avait pas des moyens de surveillance adéquate, il devait transférer le patient dans un établissement adapté, ce qui arrivait du reste quotidiennement dans les hôpitaux vaudois. Enfin, l'expert a relevé que dans le cadre de l'évaluation du risque suicidaire, l'expérience du médecin jouait bien évidemment un rôle.

**3.6** Le Dr V. \_\_\_\_\_ a également été entendu au cours des débats et a confirmé qu'il n'avait constaté aucune faute de la part de D. \_\_\_\_\_ et de B. \_\_\_\_\_, dès lors qu'il n'était pas possible d'avoir un diagnostic définitif au moment des faits. Il était habituel en médecine et psychiatrie de poser un diagnostic différentiel lorsqu'on disposait de peu d'informations sur un patient. Les conclusions de son rapport n'auraient pas été différentes si le diagnostic de mélancolie délirante avait été définitivement posé. De son point de vue, une simple suspicion de mélancolie délirante devait conduire à la même prise en charge (médicamenteuse et mesures de surveillance) qu'en cas de diagnostic définitivement posé. Que le diagnostic ait été certain ou probable, la prise en charge n'aurait pas été différente. Dans le cas d'espèce, le fait qu'il y ait une suspicion de mélancolie délirante ne changeait pas ses conclusions selon lesquelles il n'y avait pas eu de manquement dans la prise en charge par les médecins. Le comportement de B.T. \_\_\_\_\_ n'était pas prévisible. Au vu de la situation, les médecins n'avaient pas eu à disposition des moyens leur permettant d'exclure l'issue fatale. Le

diagnostic de mélancolie délirante n'induisait pas forcément un risque suicidaire. L'expert a précisé que dans le cadre de sa vie professionnelle, il voyait tous les jours des patients et certains d'entre eux présentaient une mélancolie délirante sans risque suicidaire. Selon lui, sur la base du tableau clinique posé, il n'était pas possible d'identifier un risque suicidaire. B.T. \_\_\_\_\_ n'avait jamais eu d'idées suicidaires ou manifesté d'intentions suicidaires. Il avait toujours dit qu'il n'avait pas l'intention de mourir. Le médecin devait partir du principe que le patient disait la vérité et devait le croire. Si le médecin pensait que son patient lui cachait ses intentions, il devait investiguer plus avant. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué qu'il ne partageait pas le point de vue des experts préconisant un placement fermé du patient. S'agissant de la surveillance visuelle, il a précisé qu'elle existait toujours, dès lors que les infirmiers contrôlaient la présence des patients. Il n'était pas possible d'aller au-delà de ce contrôle usuel. Il a ajouté qu'une prise en charge dans un milieu fermé aurait nui et très fortement préterité la prise en charge du patient. S'agissant de l'évaluation du risque suicidaire, il a enfin déclaré que l'expérience du médecin jouait un rôle important. Plus on était expérimenté, moins on avait besoin de s'appuyer sur des protocoles d'évaluation.

### **En droit :**

**1.** Interjetés dans les formes et délai légaux (art. 399 CPP) par des parties ayant la qualité pour recourir contre le jugement d'un tribunal de première instance ayant clos la procédure (art. 398 al. 1 CPP), l'appel du Ministère public, d'une part, celui de D. \_\_\_\_\_, de B. \_\_\_\_\_ et de L. \_\_\_\_\_ SA, d'autre part, ainsi que l'appel joint de D.T. \_\_\_\_\_ et de N. \_\_\_\_\_, sous réserve de la conclusion II/II (cf. partie En fait, lettre B), sont recevables.

**2.** Aux termes de l'art. 398 CPP, la juridiction d'appel jouit d'un plein pouvoir d'examen sur tous les points attaqués du jugement (al. 2). L'appel peut être formé (a) pour violation du droit, y compris l'excès et

l'abus du pouvoir d'appréciation, le déni de justice et le retard injustifié, (b) pour constatation incomplète ou erronée des faits et (c) pour inopportunité (al. 3).

La constatation des faits est incomplète au sens de l'art. 398 al. 3 let. b CPP lorsque toutes les circonstances de fait et tous les moyens de preuve déterminants pour le jugement n'ont pas été pris en compte par le tribunal de première instance. Elle est erronée lorsque le tribunal a omis d'administrer la preuve d'un fait pertinent, a apprécié de manière erronée le résultat de l'administration d'un moyen de preuve ou a fondé sa décision sur des faits erronés, en contradiction avec les pièces, par exemple (Kistler Vianin, in Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, Bâle 2011, n. 19 ad art. 398 CPP).

L'appel doit permettre un nouvel examen au fond par la juridiction d'appel. Celle-ci ne doit pas se borner à rechercher les erreurs du juge précédent et à critiquer le jugement de ce dernier; elle doit tenir ses propres débats et prendre sa décision sous sa responsabilité et selon sa libre conviction, qui doit reposer sur le dossier et sa propre administration des preuves. L'appel tend à la répétition de l'examen des faits et au prononcé d'un nouveau jugement. L'immédiateté des preuves ne s'impose toutefois pas en instance d'appel. Selon l'art. 389 al. 1 CPP, la procédure d'appel se fonde sur les preuves administrées pendant la procédure préliminaire et la procédure de première instance. La juridiction d'appel administre, d'office ou à la demande d'une partie, les preuves complémentaires nécessaires au traitement de l'appel (art. 389 al. 3 CPP; TF 6B\_78/2012 du 27 août 2012 consid. 3.1).

### **3.**

**3.1** A titre de mesures d'instruction, D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont requis l'audition de R.\_\_\_\_\_ et de V.\_\_\_\_\_, une deuxième expertise, la production du rapport de police relatif à la levée de corps et de l'apport de médecine légale, ainsi que le retrait du rapport d'expertise du 28 avril 2011.

**3.2** Tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 II 485 consid. 3.2; ATF 127 I 54 consid. 2b). La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que, ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

### **3.3**

**3.3.1** Les appelants requièrent le retranchement du rapport d'expertise du 28 avril 2011 pour le motif que l'expert ne pouvait soustraire une partie de sa mission à un quatrième intervenant, dont on ignore l'identité, sans violer l'art. 187 al. 1 CPP, qui prévoit que l'expert dépose un rapport écrit et que si d'autres personnes ont participé à l'établissement de l'expertise, leurs noms et les fonctions qu'elles ont exercées doivent être expressément mentionnés.

En l'occurrence, on relèvera d'abord que le mandat d'expertise a été confié au Prof. M.\_\_\_\_\_ avec l'autorisation de s'adjoindre un psychiatre. Le fait qu'un collaborateur auxiliaire distinct des sous-experts S.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ait pu rédiger une partie du texte écrit et signé par les experts ne justifie pas en soi un retranchement du rapport, dès lors que rien n'interdit à un expert de se faire aider par un auxiliaire, à la condition que ce soit l'expert qui assume la responsabilité de l'expertise, y compris en la défendant devant l'autorité judiciaire. La situation du cas

d'espèce est ainsi tout à fait distincte de celle retenue dans l'arrêt rendu le 7 juillet 2014 par la Chambre des recours pénale (n° 454), arrêt dont se prévalent les appelants, et dans laquelle l'expert et le sous-expert avaient, sans informer la direction de la procédure, transmis le mandat à un autre expert et sous-expert. En effet, s'il est vrai que l'expertise ne porte que la signature des trois médecins précités, la participation d'un quatrième intervenant, également médecin, en la personne du Dr [...], avait été annoncée d'emblée par le Prof. M. \_\_\_\_\_ (P. 18). Au vu de ces éléments, la requête tendant au retranchement du rapport d'expertise du 28 avril 2011 doit être rejetée.

**3.3.2** Les témoins R. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont été entendus, en première instance, en contradictoire. On ne voit pas quel élément utile pourrait apporter une nouvelle audition de ces deux témoins. Les conditions posées à l'art. 389 CPP pour un complément de preuve ne sont ainsi pas réalisées.

**3.3.3** Le problème posé par la requête de seconde expertise se présente avec une acuité inédite dès lors que cette seconde expertise avait été ordonnée par la direction de la procédure et qu'il n'y a été finalement renoncé - malgré l'opposition des parties - qu'en raison de l'écoulement du temps, quelques semaines avant que la prescription ne soit atteinte.

La question de la prescription ne se pose plus et les raisons qui ont conduit à ce qu'il soit renoncé à la seconde expertise ne sont plus pertinentes. En revanche, une seconde expertise aurait pour conséquence de retarder au-delà du raisonnable le règlement de la cause alors que le décès de B.T. \_\_\_\_\_ est survenu il y a bientôt huit ans et elle placerait de facto l'autorité judiciaire pénale dans une situation dans laquelle il ne serait plus possible de juger la cause dans des délais raisonnables. En outre, il résulte des développements qui seront opérés plus loin que l'acquiescement de B. \_\_\_\_\_ est confirmé. Il en découle que la seconde expertise requise par la défense n'est pas nécessaire au traitement de l'appel, d'où son refus.

**3.4** En définitive, les mesures d’instruction sollicitées doivent être refusées.

#### **4.**

**4.1** Le Ministère public et les appelantes par voie de jonction contestent la valeur de l’expertise privée effectuée par le Dr V. \_\_\_\_\_ et produite en première instance par D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_.

**4.2** Si une expertise privée n’a pas la même valeur probante qu’une expertise judiciaire, le juge n’en est pas moins tenu d’examiner, dans les limites précitées, si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l’opinion et les conclusions de l’expert mandaté par l’autorité. Peut, par ailleurs, constituer une raison de s’écarter d’une expertise judiciaire, le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu’une surexpertise en infirme les conclusions de manière convaincante. En procédure pénale, ces principes trouvent application en tant qu’il y a lieu d’opposer l’expertise ordonnée par l’autorité (Ministère public et tribunaux ; art. 182 CPP) à l’expertise privée ou de partie, qui n’est pas réglementée spécifiquement par le CPP (cf. TF 6b\_200/2013 du 26 septembre 2013 consid. 4.1 et les arrêts cités).

**4.3** En l’espèce, il faut tenir compte du contexte dans lequel l’expertise privée a été mise en œuvre. Il convient effet de tenir compte de l’absence d’audition du Dr B. \_\_\_\_\_ par les experts judiciaires, jugée inutile, et de la contestation de certains faits importants, en particulier du diagnostic que le médecin précité avait posé et des mesures de surveillance pratiquées ou non par la clinique. Il faut en outre relever que le rapport d’expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ a été déposé après que la direction de la procédure a renoncé, pour des motifs liés à la prescription de l’action pénale, à la mise en œuvre d’une seconde expertise qu’elle avait pourtant ordonnée. Ces éléments impliquent que le rapport d’expertise privée ne saurait d’emblée être écarté.

Le moyen de l'expertise privée doit donc être rejeté.

## **5.**

**5.1** Tant le Ministère public que les appelantes par voie de jonction invoquent une violation de l'art. 117 CP et soutiennent que B. \_\_\_\_\_ devrait être reconnu coupable d'homicide par négligence.

**5.2** L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de l'infraction d'homicide par négligence ensuite d'une omission suppose la réunion de trois conditions: le décès d'une personne, un devoir de garant, une imprévoyance coupable et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; TF 6B\_512/2010 du 26 octobre 2010 consid. 2.1).

**5.2.1** L'infraction d'homicide par négligence suppose en règle générale un comportement actif. Elle peut toutefois aussi être commise par un comportement passif contraire à une obligation d'agir (cf. art. 11 al. 1 CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit pas. Lorsque l'homicide par négligence résulte d'une omission (délit d'omission improprement dit), la réalisation de l'infraction suppose, en outre, que la personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait, au moment de son omission, dans une situation de garant, c'est-à-dire que l'auteur se soit trouvé dans une situation qui l'obligeait à ce point à protéger un bien déterminé contre des dangers indéterminés (devoir de protection), ou à empêcher la réalisation de risques connus auxquels des biens indéterminés étaient exposés (devoir de surveillance), que son omission peut être assimilée au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (art. 11 al. 2 et 3 CP; ATF 136 IV 188 consid. 6.2; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.1 ; TF 6B\_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B\_1/2011 du 31 août 2011 consid. 2.1). La loi énumère plusieurs situations pouvant fonder une position de garant, savoir la loi, un contrat,

une communauté de risques librement consentie ou la création d'un risque (art. 11 al. 2 CP). Il est ainsi généralement admis que le médecin et du personnel soignant vis-à-vis de leurs patients (Dupuis et alii, Petit commentaire, Code pénal, Bâle 2012, n. 11 ad art. 11 CP). Pour délimiter les responsabilités en cas de travail médical en équipe, la doctrine pénale recourt au principe de la confiance (Trechsel/Jean-Richard dit-Bressel, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 2<sup>e</sup> éd., 2013, n° 11 ad art. 11 CP; José Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie générale, 2008, n° 1376 ss), développé en matière de circulation routière, selon lequel tout conducteur peut compter, en l'absence d'indice contraire, avec une certaine prudence des autres personnes (ATF 118 IV 277 consid. 4). De la même manière, en cas de division horizontale du travail, chaque travailleur doit pouvoir légitimement s'attendre que son collègue respectera ses devoirs, tant qu'aucune circonstance ne laisse présumer le contraire. En cas de répartition verticale, la doctrine subordonne le principe de la confiance à l'obligation, pour le supérieur, de choisir un auxiliaire qualifié, de lui donner les instructions nécessaires et de le surveiller correctement (*cura in eligendo, custodiendo et instruendo*; Kurt Seelmann, in Basler Kommentar, Strafrecht I, vol. I, 2013, n° 41 ad art. 11 CP p. 22; Robert Roth, Le droit pénal face au risque et à l'accident individuels, Lausanne 1987, p. 88 ss; ATF 120 IV 300 consid. 3d/bb).

**5.2.2** L'art. 12 al. 3 CP prévoit qu'agit par négligence quiconque, par une imprévoyance coupable, commet un crime ou un délit sans se rendre compte des conséquences de son acte ou sans en tenir compte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur n'a pas utilisé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle. Ainsi, deux conditions doivent être remplies pour qu'il y ait négligence. En premier lieu, il faut que l'auteur ait violé les règles de la prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale, qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses

capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable. Dans les domaines d'activités régis par des dispositions légales, administratives ou associatives reconnues, destinées à assurer la sécurité et à éviter des accidents, le devoir de prudence comprend en particulier le respect de ces dispositions (ATF 122 IV 133 consid. 2a p. 135, TF 6B\_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B\_748/2010 et 6B\_753/2010 du 23 décembre 2010 consid. 4.1). En second lieu, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les références citées).

Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin sont fonction des circonstances du cas d'espèce notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement et d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité civile du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier, observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs. Cette notion ne doit toutefois pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement a posteriori aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical ainsi qu'à toute maladie. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui

concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. Le médecin ne viole ses devoirs que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 130 IV 7, JT 2004 I 497, consid. 3.3 et les réf. cit.).

**5.2.3** Le risque de survenance du résultat est reconnaissable ou prévisible pour l'auteur lorsque son comportement est propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit ou, au moins, à le favoriser. La chaîne des événements conduisant au résultat doit être prévisible pour l'auteur à tout le moins dans ses grandes lignes. Il faut d'abord se demander si l'auteur aurait pu et dû prévoir, ou reconnaître, la mise en danger des biens juridiquement protégés de la victime. La réponse à cette question nécessite de recourir à la notion de causalité adéquate. Le comportement doit ainsi être propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit ou, au moins, à le favoriser (TF 6B\_1068/2013 du 23 juin 2014 consid. 2.2 et les arrêts cités).

La prévisibilité de la cause ayant entraîné le résultat ne doit être niée que lorsque des circonstances tout à fait exceptionnelles, comme la faute concomitante d'un tiers ou le comportement de la victime, interviennent comme causes concurrentes, qu'on ne devait tout simplement pas compter avec elles et qu'elles ont une importance telle qu'elles apparaissent comme la cause la plus probable et la plus immédiate du résultat, reléguant ainsi à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener, en particulier le comportement de l'auteur. En règle générale, le concours de plusieurs causes concomitantes ne rompt pas le lien de causalité entre un acte déterminé et le résultat qui s'en suit (ibidem).

Pour attribuer la survenance du résultat à un comportement coupable de l'auteur, sa seule prévisibilité ne suffit pas. Il faut encore

savoir si le résultat était également évitable. Il faut à cet égard analyser et examiner le déroulement causal hypothétique des événements pour déterminer si le résultat ne se serait pas produit si l'auteur avait eu un comportement conforme à ses devoirs. Pour qu'on puisse compter avec le résultat, il suffit que le comportement de l'auteur apparaisse, avec un haut degré de vraisemblance ou avec une vraisemblance confinante à la certitude, comme la cause du résultat (ibid.).

**5.3** En l'espèce, le tribunal, après avoir considéré que B.\_\_\_\_\_, en sa qualité de médecin responsable de la prise en charge à la clinique Q.\_\_\_\_\_, se trouvait dans une position de garant vis-à-vis de B.T.\_\_\_\_\_, a d'abord examiné si le prévenu avait manqué à son devoir de prudence à l'occasion de la prise en charge de B.T.\_\_\_\_\_. Il s'agissait en premier lieu de déterminer quel diagnostic avait été posé pour déterminer si les mesures prises en faveur de B.T.\_\_\_\_\_ étaient ou non adéquates. Le premier juge a laissé indécise la question du diagnostic précis lors de l'admission de B.T.\_\_\_\_\_ le 15 décembre 2008, puisqu'il était établi que le 16 décembre 2008 à 13h30 à tout le moins, le diagnostic de mélancolie délirante avait été évoqué par B.\_\_\_\_\_, comme cela ressortait de la fiche dactylographiée établie par ce médecin. Ensuite, pour résoudre la question de savoir si les mesures prises par B.\_\_\_\_\_ étaient adéquates, le tribunal, écartant les conclusions de l'expertise privée, s'est fondé sur les conclusions de l'expertise judiciaire, complétée par les déclarations des experts S.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ faites respectivement au procureur et aux débats de première instance. Il a ainsi retenu qu'aucune évaluation du risque suicidaire n'avait été effectuée, lequel était par définition induit du diagnostic de mélancolie délirante. En manquant à ce devoir, le prévenu avait violé son devoir de prudence dans la prise en charge de B.T.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, une surveillance visuelle dans un service fermé semblait adaptée à la situation. Cette surveillance impliquait à tout le moins une surveillance visuelle tous les quarts d'heure. En ne prenant aucune mesure de ce type, le prévenu avait à nouveau violé son devoir de prudence dans le cadre de la prise en charge de B.T.\_\_\_\_\_. En agissant de la sorte, B.\_\_\_\_\_ avait pris un risque inexcusable et commis une faute. Le choix de l'inaction était en effet

indéfendable, dès lors que l'on savait que la mélancolie délirante induisait un risque suicidaire que des mesures de surveillance étaient de nature à réduire notablement. S'agissant enfin du lien de causalité, le tribunal a retenu que s'il était possible d'évaluer le risque de suicide, il n'était pas possible de prédire le suicide lui-même. Il n'était pas possible d'exclure avec certitude que le patient soit néanmoins passé à l'acte nonobstant la mise en œuvre de mesures de surveillance particulières, étant précisé qu'il y avait toujours une possibilité qu'un patient, même hospitalisé, se donne la mort. La mesure de surveillance n'avait pour objet que de diminuer ce risque. Un suicide ne pouvait jamais être absolument empêché même lorsque toutes les conditions optimales de soins étaient offertes et que tous les moyens de surveillance humainement réalisables et médicalement justifiés étaient mis en œuvre. Le premier juge a de surcroît relevé qu'en l'espèce, B.T. \_\_\_\_\_ avait été vu pour la dernière fois par l'infirmier R. \_\_\_\_\_ à 18h40 et que l'alerte avait été donnée à 19h00. Ainsi et *de facto*, une surveillance à 20 minutes avait été effectuée. On ne pouvait ainsi affirmer que la surveillance visuelle au « quart d'heure » préconisée par les experts eût conduit à un résultat différent. Par ailleurs, D. \_\_\_\_\_ avait attesté le 14 mai 2009 que ni lui-même, ni B. \_\_\_\_\_ n'avaient pu constater que le patient n'avait pas sa capacité de discernement (P. 33, dossier médical, courrier du 14 mai 2009 à Sanitas Assurances). Ainsi, une volonté délibérée de passage à l'acte ne pouvait pas non plus être exclue en l'espèce, ce d'autant moins qu'il existait des grillages entre le domaine de la clinique Q. \_\_\_\_\_ et la voie ferrée. En présence d'une telle volonté funeste, des mesures de surveillance n'auraient, à n'en point douter, pas pu permettre d'exclure tout risque de passage à l'acte. Il n'était en conséquence pas certain que B.T. \_\_\_\_\_ aurait survécu si sa prise en charge avait été optimale. Une prise en charge correcte aurait certainement réduit le risque de mortalité mais ne l'aurait pas supprimé. On ne pouvait ainsi établir, avec le degré de vraisemblance confinant à la certitude requis, que l'accomplissement de ce que le prévenu avait omis d'exécuter, contrairement aux devoirs qui lui incombaient, aurait permis d'éviter la survenance du décès. Pour toutes ces raisons, il y avait dès lors lieu de considérer que le lien de causalité entre le comportement reproché au prévenu et le décès de B.T. \_\_\_\_\_

n'était pas établi. Une des conditions à la réalisation de l'infraction d'homicide par négligence faisant par conséquent défaut, il y avait lieu de libérer le prévenu de ce chef d'accusation.

**6.** On doit d'abord se demander quelle place le suicide laisse à la répression pénale d'un tiers pour homicide par négligence.

**6.1** Dans la mesure où le choix a été fait de porter le litige sur le plan pénal, il ne s'agit pas de déterminer si la clinique avec laquelle B.T.\_\_\_\_\_ a volontairement conclu un contrat de soins a engagé sa responsabilité civile en raison de déficiences dans les soins donnés par l'ensemble des intervenants, mais de déterminer si le Dr B.\_\_\_\_\_ peut être personnellement tenu pour pénalement responsable du décès de B.T.\_\_\_\_\_.

**6.2** Selon l'art. 1 CP, une peine ou une mesure ne peuvent être prononcées qu'en raison d'un acte expressément réprimé par la loi. L'art. 1 CP consacre le principe de la légalité (*nulla poene sine lege*). Ce principe est violé lorsqu'une personne est poursuivie pénalement à raison d'un acte que la loi n'incrimine pas ou lorsqu'un acte, à raison duquel une personne est poursuivie pénalement, est sanctionné d'une peine par la loi, mais que cette dernière ne peut être considérée comme valable ou encore lorsque l'application du droit pénal à un acte déterminé procède d'une interprétation de la norme pénale excédant ce qui est admissible au regard des principes généraux du droit pénal. L'exigence de précision (*nulla poena sine lege certa*) constitue l'une des facettes du principe de la légalité. Elle impose que le comportement réprimé soit suffisamment circonscrit (TF 6B\_795/2010 du 10 mai 2011 consid. 1.3 et les arrêts cités).

**6.3** Le bien protégé par l'art. 117 CP, c'est la vie d'autrui. Autrement dit, la question posée est celle de savoir si, par une imprévoyance coupable telle que définie ci-dessus, une personne a causé le décès d'une autre personne. Cette question est assez souvent soumise aux autorités pénales ensuite, notamment, d'accidents de circulation,

d'accidents de chantier ou d'erreurs médicales. En matière d'aide au suicide et lorsqu'une personne aide une autre personne à se suicider, sans être mû par un mobile égoïste, le comportement n'est pas punissable (art. 115 CP a contrario; Corboz, Les infractions en droit suisse, 3<sup>e</sup> éd., vol. I, Berne 2010, n. 11 ad art. 115 CP). Sous réserve du crime d'exposition régi par l'art. 127 CP ou du crime d'incitation ou d'assistance au suicide régi par l'art. 115 CP, qui ne sont ni l'un ni l'autre en cause ici, et sous réserve d'une action civile contre l'établissement d'accueil pour violation de ses obligations contractuelles qui n'est pas non plus en cause ici, on peut toutefois se demander si l'art. 117 CP est applicable dans le cas où une personne s'ôte elle-même la vie.

En l'espèce, personne ne soutient que le décès de B.T. \_\_\_\_\_ serait accidentel, par exemple parce que B.T. \_\_\_\_\_ se serait, dans un état second, promené trop près des voies, ni que, comme dans l'affaire concernée par l'arrêt TF 6B\_1068/2013, ce soit une insuffisance du traitement effectué après l'ingestion de stupéfiants et d'alcool en vue de suicide qui soit constitutive d'homicide par négligence. Il n'est pas soutenu non plus qu'une assistance au suicide ait été fournie à une personne incapable de discernement. B.T. \_\_\_\_\_ a ici décidé de s'ôter la vie et il a exécuté sa décision, comme dans l'affaire qui a fait l'objet d'un classement confirmé par l'arrêt TF 6B\_892/2014. La gravité éventuelle de la maladie de B.T. \_\_\_\_\_ et l'ampleur de sa capacité de discernement ne sont ici pas non plus décisifs, puisqu'il n'est pas établi qu'il était privé de son discernement; le Dr H. \_\_\_\_\_ laisse en effet ouverte dans l'expertise la question du discernement du patient et, dans une procédure pénale, le doute sur ce point doit profiter à la défense.

Il semble dès lors douteux que l'on puisse ici retenir l'existence d'un décès accidentel laissant la place à une application de l'art. 117 CP. Cette question n'a toutefois pas à être tranchée définitivement, les conditions d'application de cette disposition n'étant de toute façon pas remplies.

## **7.**

### **7.1**

**7.1.1** Le Ministère public et les appelantes par voie de jonction, qui se sont ralliées à l'argumentation du Ministère public sur ce point, font valoir que le comportement reproché à B.\_\_\_\_\_ devrait s'analyser sous la forme d'un délit de commission. Dans la mesure où ce dernier n'aurait aucunement évalué le risque suicidaire de son patient lors de l'entretien du 16 décembre 2008, ni prescrit des mesures de surveillance adaptées, son erreur s'inscrirait dans un comportement actif de diagnostic médical et n'apparaîtrait dès lors pas comme une pure abstention ou omission de sa part.

**7.1.2** Les délits définis à l'art. 117 et 125 CP supposent en général un comportement actif qui cause des lésions corporelles. On admet toutefois qu'il peut être commis par omission lorsque l'auteur avait une obligation juridique d'agir découlant d'une position de garant. La distinction entre l'omission et la commission n'est cependant pas toujours facile à faire et on peut souvent se demander s'il faut reprocher à l'auteur d'avoir agi comme il ne devait pas le faire ou d'avoir omis d'agir comme il devait le faire. Pour apprécier dans les cas limites si un comportement constitue un acte ou le défaut d'accomplissement d'un acte, il faut s'inspirer du principe de la subsidiarité et retenir un délit de commission chaque fois que l'on peut imputer à l'auteur un comportement actif (ATF 129 IV 119 consid. 2.2 et les réf. citées).

**7.1.3** En l'espèce, selon l'acte d'accusation, il est reproché au prévenu d'avoir omis de prendre les mesures utiles et nécessaires pour empêcher le risque de se réaliser. L'acte d'accusation reproche donc clairement une omission au prévenu. Une modification à ce stade contreviendrait au principe d'accusation et pour ce motif déjà, on ne saurait suivre le Ministère public sur ce point.

Par ailleurs, le cas particulier n'est pas comparable à celui décrit dans l'arrêt du Tribunal fédéral invoqué par le Parquet (TF 6B\_174/2013 du 20 juin 2013). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a

confirmé la condamnation d'une assistance médicale pour homicide par négligence, en considérant, par application du principe de la subsidiarité, qu'elle avait adopté un comportement actif. Cette dernière avait transfusé du sang à une patiente, mais s'était trompée de groupe sanguin, ceci parce qu'elle n'avait pas contrôlé le groupe sanguin de la patiente avant la transfusion. Or, en l'espèce, on ne saurait appliquer cette jurisprudence dans un cas dans lequel le reproche fait à un psychiatre consiste à ne pas avoir, une fois le diagnostic posé, enfermé le patient. Il est donc bien question du reproche d'un comportement passif.

Ce moyen doit donc être rejeté.

**7.2** Si l'on doit admettre la position de garant, au sens de la jurisprudence citée plus haut, du médecin travaillant dans un hôpital vis-à-vis des patients dudit hôpital, on peut se poser la question de savoir jusqu'où va le devoir du garant dans une situation de suicide, compte tenu du droit d'autodétermination de la personne qui se suicide (cf. TF 6B\_892/2014 du 17 février 2015 consid. 4.2). Cette question peut toutefois rester indécise à ce stade et être traitée avec celle de l'imprévoyance coupable (cf. consid. 7.3.4 infra).

### **7.3**

**7.3.1** Se prévalant des conclusions des experts judiciaires, le Ministère public formule deux reproches au prévenu, soit de ne pas avoir établi un diagnostic correct, respectivement de ne pas avoir évalué le risque suicidaire de son patient, et de ne pas avoir prescrit les mesures de surveillances adaptées, respectivement de ne pas avoir enfermé son patient.

**7.3.2** A titre préalable, on relèvera que nonobstant les dénégations du Dr B.\_\_\_\_\_, le diagnostic de mélancolie délirante a bel et bien été posé lors de la consultation du 16 décembre 2008, comme cela résulte de la fiche dactylographiée figurant au dossier médical. En effet, quand bien même on admettrait que des investigations étaient encore nécessaires, ce diagnostic était en tout cas sérieusement envisagé. On peut en outre

constater que le Dr B.\_\_\_\_\_ a mal évalué la situation puisqu'il a considéré qu'il n'y avait pas de risque suicidaire majeur et que suicide il y a eu. Il convient toutefois pour statuer de se replacer dans la situation concrète au moment où les décisions ont ou non été prises.

**7.3.3** Au vu du dossier, on ne peut encore en déduire une violation du devoir de diligence.

D'abord parce qu'on ne peut facilement retenir que le comportement du patient était prévisible, alors que la prévisibilité se trouve au cœur de la question du devoir de diligence. En particulier en matière médicale, ce n'est pas parce qu'un drame est survenu qu'on peut en déduire que le médecin est pénalement responsable d'une omission. Il est vrai que les experts exposent que cette prévisibilité résulte de la gravité de la maladie du patient. Toutefois, même le Dr H.\_\_\_\_\_ précise qu'il était difficile de dire si le comportement du patient était prévisible dans le cas particulier. Ici encore, il y a ainsi un doute sur une question de fait qui doit profiter à la défense, d'autant qu'il résulte du rapport privé du Dr V.\_\_\_\_\_, qui est lui aussi un spécialiste du domaine, que la mélancolie délirante n'implique pas forcément un risque suicidaire et que l'expérience du médecin joue ici un rôle important. Comme il a été relevé plus haut, le rapport privé du Dr V.\_\_\_\_\_ doit être abordé avec retenue ; il est toutefois possible de constater que les psychiatres spécialistes du domaine sont loin d'être unanimes sur la portée concrète du diagnostic posé.

Les experts judiciaires reprochent aux soignants de n'avoir pas suffisamment pris en compte les remarques faites par la famille du patient dans l'après-midi. Ce reproche n'est toutefois pas déterminant s'agissant de la violation par le Dr B.\_\_\_\_\_ d'un devoir de diligence, faute pour la preuve d'avoir été apportée que ces remarques lui aient été transmises et faute de pouvoir retenir que cette absence de transmission soit elle-même constitutive d'une violation du devoir de diligence. Ce n'est pas la responsabilité civile de la clinique au regard du non-respect éventuel de

ses engagements contractuels qui est en jeu ici, mais la responsabilité pénale du médecin B.\_\_\_\_\_.

La recommandation par les experts de l'introduction « utile » d'un protocole d'évaluation du suicide au sein de la clinique Q.\_\_\_\_\_ ne suffit pas non plus à établir une violation du devoir de diligence, dans le cas concret, par le Dr B.\_\_\_\_\_, quand bien même ne peut-on pas exclure *prima facie* que cette recommandation soit opportune; comme cela vient d'être rappelé, le débat d'espèce ne porte pas sur la responsabilité civile de la clinique mais sur la responsabilité pénale du seul prévenu.

Quant à la question de l'enfermement, elle n'est pas aussi simple à résoudre que ne le soutient l'accusation. En premier lieu parce que les experts judiciaires eux-mêmes ne sont pas affirmatifs sur ce point. S'il résulte du rapport d'expertise que la précaution de base dans une situation telle que celle de B.T.\_\_\_\_\_ réside dans un enfermement, avec en cas de besoin un transfert immédiat dans un établissement comportant une structure fermée, l'audition de l'expert S.\_\_\_\_\_ est plus mesurée en ce sens qu'une structure permettant de contrôler la sortie du patient d'un espace ouvert aurait été suffisante. Entendu aux débats, l'expert H.\_\_\_\_\_ paraît considérer qu'une surveillance dite « au quart d'heure » suffit. Quant à l'expert privé, médecin-chef de l'Hôpital de [...], et qui est notamment l'auteur d'une publication sur le point de savoir si l'enfermement peut prévenir le suicide à l'hôpital psychiatrique, il conteste non seulement le principe de l'enfermement, mais même celui de mesures de surveillance dans une situation dans laquelle les médecins ne disposaient pas d'arguments médicaux justifiant la prescription de telles mesures. Peu importe le fait que le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ n'ait pas la même valeur que celui d'un expert judiciaire : le fait que les experts judiciaires n'aient pas entendu le Dr B.\_\_\_\_\_, que les conclusions des experts ne soient pas si claires et le fait que le Dr S.\_\_\_\_\_ ne parle plus de chambre fermée mais de structure permettant de contrôler la sortie du patient d'un espace ouvert montre que certaines des conclusions les plus importantes du Dr V.\_\_\_\_\_ ne sont en réalité guère différentes de celles qu'on doit retenir de l'expertise judiciaire.

En second lieu – il faudra y revenir à propos de la question de la faute et de celle du lien de causalité –, parce que l'enfermement comme mesure de contrainte est loin de constituer une solution idéale: outre que cette mesure n'est souvent acceptée ni par les patients ni par leur famille, qui ne peuvent comprendre comment et pourquoi une hospitalisation volontaire peut conduire à une mesure de contrainte aussi grave qu'un enfermement, elle ne suffit nullement à mettre à l'abri de la tentation le patient qui tient à se suicider. Surtout lorsque, comme en l'espèce, il faudrait en outre transférer en urgence le patient qui vient de se faire hospitaliser sur un mode volontaire.

S'agissant de la surveillance préconisée en l'absence d'un enfermement, peu importe à quelle fréquence, dans le cas particulier, la surveillance a été exercée dans l'après-midi: il suffit de constater, s'agissant de la surveillance au moment du drame, que l'infirmier a pris en charge le patient pour le diriger vers le restaurant, qu'il a surveillé que le patient entre bien dans ce local et qu'un membre du personnel soignant a donné l'alerte aussitôt qu'il a été constaté que le patient ne s'y trouvait pas. Autrement dit, les soignants n'ont pas fait moins que ce que préconise l'expert S. \_\_\_\_\_ à la page 42 du jugement entrepris, savoir: mettre en place une structure permettant de contrôler la sortie du patient d'un espace ouvert.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, on ne peut retenir une violation du devoir de diligence.

**7.3.4** Compte tenu du fait qu'il n'y a pas eu de violation des devoirs de prudence par le prévenu, on pourrait se dispenser d'examiner si celui-ci a commis une faute, c'est-à-dire si on peut lui reprocher, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable. Il convient toutefois de relever ce qui suit:

En l'occurrence, le débat n'est pas seulement juridique, mais aussi éthique, en particulier du fait que la médecine psychiatrique peut

présenter des échecs non fautifs s'agissant des risques suicidaires (ATF 120 Ib 441) et en raison de l'impossibilité de prévoir des mesures suffisamment efficaces pour garantir la prévention du risque suicidaire. Sur ce point, sachant que l'enfermement est la mesure de contrainte la plus sévère qui existe, qu'elle fait l'objet de débats sans fin tant auprès des médecins que des juristes, il est difficile de reprocher pénalement à faute à un médecin de ne pas avoir procédé à un enfermement. En outre, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert H. \_\_\_\_\_, une telle mesure peut non seulement être néfaste pour le patient, mais en outre, il n'est pas possible d'exclure avec certitude qu'un patient, même hospitalisé, passe néanmoins à l'acte en se donnant la mort.

Le reproche du Ministère public, ce n'est pas l'insuffisance de la surveillance, mais l'absence de milieu fermé. S'il faut envisager un milieu fermé, on se heurte au problème des conséquences de l'enfermement ; si le problème réside dans le défaut de surveillance, on se heurte au double problème de l'existence de mesures de surveillance correctes en l'espèce et à l'absence de lien de causalité.

Autrement dit, à supposer que la violation du devoir de prudence réside dans le fait de ne pas avoir prévu l'existence d'un risque de suicide, la question paraît tellement délicate et sensible qu'on ne saurait retenir facilement un manque d'effort blâmable du prévenu. Si une telle violation résidait dans le manque de mesures prises, une fois pris en compte l'existence de mesures de surveillance organisées par la clinique et le fait que les médecins faisaient et pouvaient faire confiance au personnel pour que ces mesures soient exécutées, on ne voit pas non plus en quoi une éventuelle omission pourrait relever d'un manque d'effort blâmable.

**7.4** Enfin, même à supposer qu'il y ait eu violation fautive des devoirs de prudence par le prévenu, ce qui n'est pas avéré, il doit exister un rapport de causalité naturelle et adéquate entre le comportement que l'on reproche à l'auteur et le décès de la victime. Or, en l'espèce, comme

l'a constaté le premier juge dans une argumentation à laquelle il peut entièrement être renvoyé, des mesures de surveillance telles que celles préconisées par les experts judiciaires existaient et on ne peut affirmer que des mesures plus strictes, telle la surveillance au quart d'heure préconisée par l'expert H.\_\_\_\_\_, auraient changé quoique ce soit. Une surveillance accrue aurait pu diminuer le risque de mortalité, mais ne l'aurait pas supprimé. Au surplus, la capacité de discernement de B.T.\_\_\_\_\_ ne peut, comme on l'a vu plus haut, être exclue et des mesures de surveillance ne sauraient empêcher une personne motivée à s'ôter la vie.

**7.5** Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, les conditions d'application de l'art. 117 CP ne sont pas réunies. Il convient donc de libérer B.\_\_\_\_\_ de l'infraction d'homicide par négligence. L'appel du Ministère public et l'appel joint des parties plaignantes doivent donc être rejetés sur ce point.

**8.** L'acquiescement étant confirmé, les conclusions civiles chiffrées réclamées par les plaignantes, à savoir une indemnité pour tort moral et une indemnité pour les frais d'inhumation, doivent être rejetées. En outre, les plaignantes ne soutiennent pas qu'elles auraient subi un autre dommage ni ne prétendent réserver d'autres conclusions civiles. Il n'y a donc pas lieu de leur donner acte de leurs réserves civiles.

**9.**

**9.1** Dans leur appel, D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ contestent la mise à leur charge des frais de procédure de première instance. Ils concluent en outre à l'allocation d'une indemnité au sens de l'art. 429 CPP.

**9.2**

**9.2.1** L'art. 426 al. 2 CPP prévoit que, lorsque la procédure fait l'objet d'une ordonnance de classement ou que le prévenu est acquitté, tout ou partie des frais de procédure peuvent être mis à sa charge s'il a,

de manière illicite et fautive, provoqué l'ouverture de la procédure ou rendu plus difficile la conduite de celle-ci. La condamnation d'un prévenu acquitté à supporter tout ou partie des frais doit respecter la présomption d'innocence, consacrée par les art. 32 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 6 par. 2 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). Celle-ci interdit de rendre une décision défavorable au prévenu libéré en laissant entendre que ce dernier serait néanmoins coupable des infractions qui lui étaient reprochées. Une condamnation aux frais n'est ainsi admissible que si le prévenu a provoqué l'ouverture de la procédure pénale dirigée contre lui ou s'il en a entravé le cours. A cet égard, seul un comportement fautif et contraire à une règle juridique, qui soit en relation de causalité avec les frais imputés, entre en ligne de compte (TF 6B\_203/2015 du 16 mars 2016 consid. 1.1). Pour déterminer si le comportement en cause est propre à justifier l'imputation des frais ou le refus d'une indemnité, le juge peut prendre en considération toute norme de comportement écrite ou non écrite résultant de l'ordre juridique suisse pris dans son ensemble, dans le sens d'une application par analogie des principes découlant de l'art. 41 CO (Code des obligations suisse du 30 mars 1911 ; RS 220). Le fait reproché doit constituer une violation claire de la norme de comportement (ATF 119 la 332 consid. 1b et les références citées). Il doit en outre se trouver dans une relation de causalité adéquate avec l'ouverture de l'enquête ou les obstacles mis à celle-ci (ATF 116 la 162 consid. 2c ; TF 6B\_832/2014 du 24 avril 2015 consid. 1.2). La relation de causalité est réalisée lorsque, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement de la personne concernée était de nature à provoquer l'ouverture de la procédure pénale et le dommage ou les frais que celle-ci a entraînés (ATF 116 la 162 consid. 2c ; TF 6B\_331/2012 du 22 octobre 2012 consid. 2.5). Une condamnation aux frais ne peut se justifier que si, en raison du comportement illicite du prévenu, l'autorité était légitimement en droit d'ouvrir une enquête. Elle est en tout cas exclue lorsque l'autorité est intervenue par excès de zèle, ensuite d'une mauvaise analyse de la situation ou par précipitation (ATF 116 la 162 consid. 2c).

**9.2.2** La question de l'indemnisation du prévenu (art. 429 CPP) doit être traitée en relation avec celle des frais (art. 426 CPP). Si le prévenu supporte les frais en application de l'art. 426 al. 1 ou 2 CPP, une indemnité est en règle générale exclue. En revanche, si l'Etat supporte les frais de la procédure pénale, le prévenu a en principe droit à une indemnité selon l'art. 429 CPP (ATF 137 IV 352 consid. 2.4.2 p. 357, JdT 2012 IV 255). Si le prévenu est libéré d'un chef d'accusation et condamné pour un autre, il sera condamné aux frais relatifs à sa condamnation et aura respectivement droit à une indemnité correspondant à son acquittement partiel (cf. Message relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 p. 1313 ad art. 438 CPP [actuel art. 430 CPP]; TF 6B\_300/2012 du 10 juin 2013 consid. 2.4). Lorsque la condamnation aux frais n'est que partielle, la réduction de l'indemnité devrait s'opérer dans la même mesure (Griesser, in : Donatsch/Hansjakob/Lieber [éd.], Kommentar zur Schweizerischen Strafprozessordnung, 2<sup>e</sup> éd., 2014, n. 2 et 4 ad art. 430 CPP ; Mizel/Rétornaz, in : Kuhn/Jeanneret [éd.], Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, Bâle 2011, n. 5 ad art. 430 CPP ; TF 6B\_203/2015 du 16 mars 2016 consid. 1.2 ; TF 6B\_77/2013 du 4 mars 2013).

### **9.3**

**9.3.1** Dans la mesure où l'acquittement est ici confirmé, il ne peut y avoir une condamnation aux frais qui ne violerait pas le principe de la présomption d'innocence. Si la question de la responsabilité civile éventuelle de la clinique découlant de ses engagements contractuels peut rester indécise, on ne peut soutenir, au vu de ce qui a été mentionné précédemment (cf. en particulier consid. 8 supra), que le Dr D.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_ auraient commis une faute civile permettant que des frais soient mis à leur charge. L'appel doit donc être admis sur ce point et les frais de première instance laissés à la charge de l'Etat.

**9.3.2** Il découle de ce qui précède l'existence d'un droit à une indemnité au sens de l'art. 429 CPP. Si en première instance, L.\_\_\_\_\_SA avait pris des conclusions civiles en son nom propre (cf. P. 152), les conclusions prises en appel par cette dernière sont subsidiaires à celles

des deux médecins précités. Dès lors que les conclusions de D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ tendant à l'octroi d'une indemnité au sens de l'art. 429 CPP sont admises sur le principe, les conclusions subsidiaires prises par L.\_\_\_\_\_ SA n'ont plus d'objet. Peu importe, vu le droit garanti au prévenu par l'art. 429 CPP, que ces prétentions aient été ultérieurement cédées.

S'agissant de la quotité, D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ réclament une indemnité de 110'275 fr. pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure en première instance. Si le tarif horaire invoqué de 350 fr. peut être admis, TVA incluse, le montant réclamé est toutefois trop important, même en tenant compte des enjeux du dossier, des difficultés concrètes du cas d'espèce et des difficultés procédurales rencontrées, pour les motifs exposés ci-après.

D'une part, il y a beaucoup d'opérations comptabilisées, plus d'entretiens de l'avocat avec ses clients que cela ne paraît exigé par les besoins de la procédure, ainsi que beaucoup d'opérations facturées forfaitairement. D'autre part, le défenseur a systématiquement compté ses vacations à un tarif horaire de 350 fr. et s'est presque à chaque fois déplacé, notamment pour rencontrer ses clients. Les vacations pour les audiences tenues par le procureur doivent être admises. La règle résidant dans les entretiens à l'étude, il est discutable en revanche de comptabiliser de telles vacations lorsque le client n'est pas détenu. Il convient donc de déduire 5 heures de ce chef. Enfin, dans une affaire qui présente des aspects civils prépondérants - l'intervention de l'assureur responsabilité civile au-delà de la seule couverture des honoraires suffit à en attester et il n'est pas anodin de constater que toutes les notes d'honoraires sont établies au nom de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ SA et non pas au nom des prévenus dans l'affaire pénale -, il n'est pas envisageable que, sous couvert de l'art. 429 CPP, l'Etat soit tenu de rémunérer l'ensemble des opérations effectuées par l'avocat commun de l'assurance responsabilité civile de l'établissement et des prévenus. Les notes d'honoraires invoquées mentionnent de très nombreux entretiens avec des collaborateurs de L.\_\_\_\_\_ SA. Or, l'indemnisation des prévenus doit couvrir les frais de défense, mais pas les discussions internes et les

explications ou autres justifications de l'avocat envers l'assureur responsabilité civile de l'établissement. Il résulte au surplus manifestement de certaines opérations, notamment de celles consistant à tenir l'une ou l'autre conférence avec le conseil des parties plaignantes, que des discussions sont intervenues sur le plan civil. De telles opérations n'ont pas non plus à être couvertes par l'Etat au titre de l'art. 429 CPP. Cela étant, la Cour de céans étant dans l'impossibilité de déterminer précisément l'ampleur des opérations qu'il conviendrait de déduire, il y a lieu de réduire le montant total d'un tiers, par une application analogique de l'art. 42 al. 2 CO. Il convient ainsi d'allouer la somme de 68'542 fr. au titre des frais de défense pour la procédure de première instance.

Les prévenus réclament aussi à être indemnisés pour la facture de l'expertise privée effectuée par le Dr V.\_\_\_\_\_, soit pour le montant de 8'000 francs. La doctrine admet que le coût d'une expertise privée soit inclus dans les frais de justice si celle-ci s'est avérée nécessaire pour l'issue du procès (Pitteloud, Code de procédure pénale suisse, Zurich/St-Gall 2012, n. 1352 ad art. 429 ss CPP ; Mizel/Rétornaz in: op.cit., n. 39 ad art. 429 CPP). En l'occurrence, en raison de la renonciation de dernière minute de la direction de la procédure à faire exécuter l'expertise qui avait été ordonnée près de deux ans auparavant, on peut difficilement contester à la défense l'utilité d'un rapport privé destiné à induire un regard critique sur certaines au moins des conclusions de l'expertise judiciaire. Le montant de 8'000 fr. doit donc être alloué en sus du montant de 68'542 francs.

C'est donc une indemnité de 76'542 fr. qui doit être allouée à D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ pour l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure en première instance, à la charge de l'Etat.

**10.** En définitive, l'appel de D.\_\_\_\_\_ et de B.\_\_\_\_\_ doit être admis et le jugement attaqué réformé dans le sens des considérants qui

précédent. L'appel du Ministère public ainsi que l'appel joint de D.T. \_\_\_\_\_ et de N. \_\_\_\_\_ doivent être rejetés.

Vu l'issue de la cause, les frais de la procédure d'appel, constitués de l'émolument d'arrêt, par 4'950 fr. (art. 21 al. 1 et 2 TFIP [Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; RSV 312.03.1]), seront mis par un quart à la charge de D.T. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, solidairement entre elles, le solde étant laissé à la charge de l'Etat.

D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ayant obtenu gain de cause, ils ont droit à une indemnité pour l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure dans le cadre de l'appel (art. 429 al. 1 let. a CPP). A ce titre, ils ont conclu à l'allocation d'une indemnité de 39'000 fr., TVA comprise. Ici encore, il convient de tenir compte de l'ampleur des procédures d'appel, toutes les parties ayant fait appel et les appels ayant suscité plusieurs demandes d'irrecevabilité qui ont été admises. Comme mentionné ci-dessus (cf. consid. 9.3.2 supra), on doit toutefois tenir compte des interventions relatives à la présence en procédure de l'assureur responsabilité civile, dont les conclusions subsidiaires ont au surplus été déclarées sans objet. Enfin, il faut tenir compte du fait que la procédure d'appel a uniquement porté sur des éléments déjà discutés dans le cadre de la procédure de première instance et que le défenseur des prévenus maîtrisait donc déjà pour avoir participé à cette dernière dès le début. Il est en conséquence excessif de compter plus de 30 heures pour la préparation et la rédaction de la déclaration d'appel, ainsi que 19 heures pour la préparation de l'audience d'appel. Pour l'ensemble de ces motifs, il convient d'arrêter à 20'000 fr., TVA comprise, l'indemnité allouée à D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ pour l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure en appel. Cette indemnité sera mise à raison des trois quarts à la charge de l'Etat, au vu de l'appel du Ministère public tendant à la condamnation du Dr B. \_\_\_\_\_, et à raison d'un quart à la charge des plaignantes, solidairement entre elles, au vu du rejet des conclusions civiles de celles-ci.

La Cour d'appel pénale,  
appliquant les art. 398 ss CPP,  
prononce :

- I. L'appel du Ministère public est rejeté.
- II. L'appel joint de D.T. \_\_\_\_\_ et de N. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- III. L'appel de D. \_\_\_\_\_ et de B. \_\_\_\_\_ est admis.
- IV. L'appel de L. \_\_\_\_\_ SA est sans objet.
- V. Le jugement rendu le 18 novembre 2015 par le Tribunal de police de l'arrondissement de La Côte est modifié comme il suit aux chiffres III, IV, VI et VII de son dispositif, le dispositif du jugement étant désormais le suivant :
  - I. libère B. \_\_\_\_\_ des accusations d'homicide par négligence et d'exposition;*
  - II. libère D. \_\_\_\_\_ des accusations d'homicide par négligence et d'exposition;*
  - III. rejette les prétentions civiles prises par D.T. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ à l'encontre de B. \_\_\_\_\_ et de D. \_\_\_\_\_;*
  - IV. supprimé;*
  - V. lève le séquestre n° 4012 portant sur le dossier médical de feu B.T. \_\_\_\_\_ auprès de la clinique de la Q. \_\_\_\_\_ et ordonne sa restitution à cet établissement;*
  - VI. laisse les frais de la cause, par 15'317 fr. 90, à la charge de l'Etat;*
  - VII alloue à B. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, à la charge de l'Etat, une indemnité d'un montant de 76'542 fr. pour l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure en première instance."*

**VI.** Une indemnité d'un montant de 20'000 fr. est allouée à B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ pour l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure en appel, cette indemnité étant mise à la charge :

- de l'Etat à concurrence d'un montant de 15'000 fr.,
- des plaignantes D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, solidairement entre elles, à concurrence d'un montant de 5'000 fr.

**VII.** Les frais d'appel, par 4'950 fr., sont mis par un quart à la charge de D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, solidairement entre elles, le solde étant laissé à la charge de l'Etat.

**VIII.** Le jugement motivé est exécutoire.

Le président :

La greffière :

**Du 15 août 2016**

Le dispositif du jugement qui précède est communiqué aux appelants et aux autres intéressés.

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à :

- Me Charles Joye, avocat (pour D.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ SA),
- Me Marcel Bersier, avocat (pour D.T.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Présidente du Tribunal de police de l'arrondissement de La Côte,
- M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :