

**COUR D'APPEL PENALE**

---

---

Audience du 9 mars 2015

---

Composition : Mme FAVROD, présidente  
MM. Pellet et Rouleau, juges  
Greffière : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Parties à la présente cause :

**C.\_\_\_\_\_ et B.G.\_\_\_\_\_**, parties plaignantes, assistés par Me Joël Crettaz,  
conseil de choix à Lausanne, appelants,

**Ministère public**, représenté par le Procureur du Ministère public central,  
Division affaires spéciales, contrôle et mineurs, appelant,

et

**L.\_\_\_\_\_**, prévenue, assistée par Me Jean-Christophe Diserens, défenseur  
de choix à Lausanne, intimée,

**I.\_\_\_\_\_**, prévenue, assistée par Me Jacques Michod, défenseur de choix à  
Lausanne, intimée.

La Cour d'appel pénale considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 6 décembre 2013, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Côte a libéré L.\_\_\_\_\_ du chef d'accusation d'homicide par négligence (I), libéré I.\_\_\_\_\_ du chef d'accusation d'homicide par négligence (II), donné acte à C.\_\_\_\_\_ et B.G.\_\_\_\_\_ de leurs réserves civiles à l'encontre de L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ (III), alloué à L.\_\_\_\_\_ une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 51'925 fr. 55, valeur échue, à la charge de l'Etat (IV), alloué à I.\_\_\_\_\_ une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 51'678 fr., valeur échue, à la charge de l'Etat (V) et dit que les frais de la procédure, arrêtés à 21'300 fr. 30, sont laissés à la charge de l'Etat (VI).

**B. a)** Par annonce du 11 décembre 2013 puis par déclaration motivée du 31 mars 2014, le Ministère public central, Division affaires spéciales contrôle et mineurs, a formé appel contre ce jugement, concluant à sa réforme en ce sens qu'I.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ sont condamnées pour homicide par négligence, à 30 jours-amende, avec sursis pendant deux ans, les frais de la cause étant mis à leur charge et toute indemnité leur étant refusée.

**b)** Par annonce du 16 décembre 2013 puis par déclaration motivée du 27 mars 2014, C.\_\_\_\_\_ et B.G.\_\_\_\_\_ ont formé appel contre le jugement précité, concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ sont reconnues coupables d'homicide par négligence et condamnées à une peine fixée à dire de justice, qu'elles sont les débitrices, solidairement entre elles, de C.\_\_\_\_\_ de la somme de 50'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 14 mai 2009, et de B.G.\_\_\_\_\_ de la somme de 50'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 14 mai 2009, à titre de réparation du tort moral. Les appelants ont également conclu à l'allocation d'une indemnité de 47'487 fr. 20 pour les dépenses occasionnées par la procédure, à la charge de L.\_\_\_\_\_ et d'I.\_\_\_\_\_.

solidairement entre elles, les frais de la procédure de première et deuxième instances étant également supportés par ces dernières.

**c)** Dans ses déterminations écrites du 7 mai 2014, L. \_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet des appels formés par le Ministère public et par B.G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, à la confirmation du jugement attaqué et à l'octroi d'une indemnité fixée à dire de justice pour ses frais de défense de deuxième instance.

**d)** Dans ses déterminations écrites du 9 mai 2014, I. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet des appels du Ministère public et des plaignants, à la confirmation du jugement attaqué et à l'octroi d'une indemnité fixée à dire de justice pour ses frais de défense de deuxième instance.

**e)** L'ensemble des parties ont confirmé leurs conclusions lors de l'audience d'appel.

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

**1.** **a)** Née en 1974 à Lausanne, L. \_\_\_\_\_ est mariée à X. \_\_\_\_\_, avec qui elle a deux enfants nés en 2006 et 2008. Elle est pédiatre. Elle a obtenu son diplôme de médecine en décembre 2001 puis a commencé à travailler en pédiatrie en janvier 2002, discipline qu'elle n'a jamais quittée jusqu'à ce jour, hormis deux pauses de six mois et une année en chirurgie pédiatrique. Elle a travaillé au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ de janvier 2002 à avril 2008 et à l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ d'avril à octobre 2008, puis dès avril 2009. Elle a obtenu son titre FMH de pédiatrie en avril 2010. Depuis août 2011, elle exerce en cabinet. En 2013, elle a réalisé un résultat d'exploitation d'environ 90'000 francs. Son conjoint est indépendant et son revenu, qui fluctue, est estimé à environ 5'000 fr. par mois. Les charges mensuelles essentielles du couple se composent de 2'000 fr. de loyer charges non comprises et de 1'060 fr. pour l'ensemble des primes d'assurance maladie de la famille; la charge fiscale annuelle de la famille est estimée à 22'000 francs. En octobre 2012, la prévenue disposait de

207'000 fr. de fortune non immobilière. Aucune inscription ne figure à son casier judiciaire.

**b)** Originaire de Fischenthal, I.\_\_\_\_\_ est née en 1971 à Lausanne. Elle est mariée à U.\_\_\_\_\_ dont elle a trois enfants nés en 2004 et 2006. Elle est pédiatre. Elle a obtenu son diplôme de médecine en 1997. Elle a débuté dans la profession par une année de médecine interne à [...] puis a fait une année en pédiatrie à [...]. En 1999, elle a commencé comme médecin assistante en pédiatrie au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_. Elle a obtenu son diplôme FMH en pédiatrie en 2002, année où elle a été nommée cheffe de clinique au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ jusqu'en 2005. Cette année-là, elle est devenue cheffe de clinique à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, toujours en pédiatrie. En 2008, elle était médecin adjointe dans cet hôpital. Elle a quitté le milieu hospitalier en décembre 2012 et travaille désormais exclusivement à son cabinet, qu'elle avait ouvert en 2007. En 2012, elle a réalisé un revenu annuel net de 144'283 fr. pour son activité salariée et le résultat de l'exercice pour son activité au cabinet faisait apparaître un montant de 65'484 fr. 04; son revenu a légèrement augmenté en 2014 mais son conjoint a cessé son activité professionnelle. Les charges mensuelles essentielles de la famille se composent de 3'000 fr. de charges hypothécaires et d'entretien pour la maison et de 800 fr. à 1'000 fr. de primes d'assurance maladie. La charge fiscale annuelle de la famille est d'environ 50'000 francs. Le couple est propriétaire d'une maison estimée à 660'000 fr., la dette hypothécaire étant de 560'000 francs. Par ailleurs, la prévenue a bénéficié d'un prêt privé de sa mère d'un montant de 116'000 francs. L'extrait du casier judiciaire suisse d'I.\_\_\_\_\_ est vierge de toute inscription.

**2. a)** A [...], le dimanche 10 mai 2009, au domicile familial, A.G.\_\_\_\_\_, née le [...] 2008, a commencé à avoir de la fièvre dans le courant de la journée. Son état fébrile a perduré. Le lendemain, lundi 11 mai 2009 vers 09h00, elle a été conduite par sa mère, B.G.\_\_\_\_\_, au cabinet de son pédiatre, le Dr V.\_\_\_\_\_, à [...]. Ce médecin a diagnostiqué une infection des voies respiratoires supérieures avec début

de laryngite et prescrit un humidificateur pour la gorge et, en cas de fièvre, la prise de "Méfenacid" et de "Dafalgan".

Durant la journée du mardi 12 mai 2009, l'enfant a à nouveau eu de la fièvre. Elle en avait encore le mercredi 13 mai 2009 en début de matinée (40° C). Vers 09h15, elle a eu des convulsions et a vomi. Vers 09h40, B.G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, père de A.G.\_\_\_\_\_, l'ont amenée en urgence au cabinet du Dr V.\_\_\_\_\_. Le pédiatre a été informé de l'évolution de l'état de l'enfant et le contrôle de sa température a révélé un état hautement fébrile (40°C). A.G.\_\_\_\_\_ présentait un état général diminué, des mouvements spastiques de l'hémiface gauche, avec des clignements des paupières à l'œil gauche, des mouvements tonico-cloniques des membres inférieur et supérieur gauches. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait administrer à l'enfant du "Paracétamol" et des compresses fraîches sur le front et les jambes. Peu après, A.G.\_\_\_\_\_ a eu de nouvelles convulsions. Le Dr V.\_\_\_\_\_ lui a alors fait administrer du "Diazépam intrarectal" et a fait appeler le SMUR. Dans son dossier, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué les diagnostics d'otite moyenne aiguë gauche et de convulsions focales atypiques secondaires à une infection bactérienne (P. 41). Il a également porté en marge de ces diagnostics les mentions "Méningite?" "Abscess?", sans néanmoins en faire part ni aux parents, ni au SMUR.

Le SMUR est arrivé au cabinet du Dr V.\_\_\_\_\_ à 10h02, pour en repartir avec l'enfant à 10h23 et arriver à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ à 10h32. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a communiqué aux médecins du SMUR, soit la Dresse [...] et le Dr Z.\_\_\_\_\_, superviseur, que A.G.\_\_\_\_\_ lui avait été amenée dans un état hautement fébrile, qu'elle avait convulsé au cabinet, qu'elle présentait un signe de surinfection avec une otite moyenne aiguë gauche, et que l'administration de "Diazépam" n'avait pas permis de stopper la crise (PV aud n° 2, l. 101 ss). Le SMUR a alors pris en charge l'enfant. A.G.\_\_\_\_\_ a eu un apport d'oxygène et du "Rivotril", un anticonvulsif, lui a été administré, ce qui a permis de stopper la crise. Le dossier des ambulanciers ne porte pas la mention d'une éventuelle méningite (cf. P. 37).

**b)** Admise mercredi 13 mai 2009 à 10h32 au Service des urgences de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, A.G.\_\_\_\_\_ y est restée jusqu'à 11h40 sous la garde de la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin assistante, qui a vu et entendu les parents de l'enfant et pris connaissance de ce que le pédiatre et les médecins du SMUR avaient constaté, soit que A.G.\_\_\_\_\_ avait présenté une convulsion fébrile avec déviation de la bouche. Elle a également constaté l'otite. Elle a déclaré qu'elle n'avait pas pensé à une méningite. Aucun autre examen particulier complémentaire n'a été ordonné. Lors de son admission aux urgences, A.G.\_\_\_\_\_ était endormie. Sa fièvre était tombée à 38.5°C. Quand elle s'est réveillée, environ 15 minutes plus tard, une paralysie de la commissure labiale gauche subsistait mais l'enfant bougeait le front et clignait des yeux. Le test de Glasgow était à 14.

**c)** Le mercredi 13 mai 2009 à 11h40, A.G.\_\_\_\_\_ a été admise au Service de pédiatrie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, où elle est restée jusqu'au jeudi 14 mai 2009 à 07h00 sous la responsabilité des Dresses I.\_\_\_\_\_, médecin cadre et superviseur, responsable des urgences pédiatriques, de la pédiatrie, de la salle d'accouchement et de la maternité du 13 mai à 08h00 au 14 mai à 08h00, et de L.\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique adjointe durant la journée du 13 mai jusqu'à 17h00, ainsi que des médecins assistantes E.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_

A.G.\_\_\_\_\_ a été accueillie en pédiatrie par la Dresse E.\_\_\_\_\_, avec le diagnostic de "convulsion focale dans un contexte fébrile", sans récupération complète. Lors de son entrée dans le service, la prise en charge de l'enfant a été discutée par les Dresses I.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. A ce moment-là, la méningite a été évoquée (PV aud. n° 6, l. 68 ss, PV débats, p. 5). A la fin de la discussion concernant sa prise en charge, l'enfant a encore été vue par les Dresses L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Son hospitalisation a été décidée avec, comme diagnostic, "convulsions fébriles complexes avec récupération neurologique prolongée mais totale" et, comme soins, une surveillance de type "soins continus" (monitoring cardiaque et de saturation de l'oxygène

dans le sang) et un contrôle des paramètres vitaux "aux heures" (PV aud. n°9, l. 117 ss). Le graphique de surveillance figurant au dossier (P. 137) atteste de cette surveillance (contrôle de la fréquence cardiaque, de la saturation d'oxygène dans le sang, de la fréquence respiratoire, de la température, de la tension artérielle, de l'état général de l'enfant; PV aud. n°9, l. 124 ss). En parallèle, une surveillance neurologique régulière a également été mise en place (PV débats, pp. 3 et 5). Selon la Dresse I.\_\_\_\_\_, le diagnostic différentiel était "tout diagnostic qu'on évoque au moment des convulsions fébriles de l'enfant, qu'elles soient simples ou complexes" (PV aud n° 9, l. 81 ss). Une prise de sang a été ordonnée. Les résultats des analyses, connus à tout le moins avant 14 heures, indiquaient dans le sang des taux de leucocytes (globules blancs) et de CRP (protéine C Réactive) élevés, respectivement 25.3 G/L de leucocytes et 54 mg/L de CRP. L'enfant présentait également une tachypnée (accélération du rythme respiratoire) persistante et une tachycardie (accélération du rythme cardiaque) intermittente.

Il a également été décidé de demander un avis au Service de neuro-pédiatrie du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_. Entre 13h15 et 14h30, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a ainsi eu deux contacts téléphoniques avec le Dr F.\_\_\_\_\_, alors Chef de clinique au Service de neuro-pédiatrie du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_. Le cas lui a été présenté et les résultats de la prise de sang, avec une CAP de 50, communiqués. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a envisagé le diagnostic différentiel suivant: méningite, hémorragie intracrânienne, convulsions fébriles complexes sur infection extra neurologique et convulsion sur une malformation cérébrale décompensée par une infection extra neurologique. Il a recommandé, sur la base des éléments qui lui avaient été communiqués oralement, une surveillance de l'enfant et, en cas de crise ou de modification de son état, une alerte au Service de neuro-pédiatrie du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une consultation au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ dans un délai de 24 à 48 heures. Entendu par le procureur, le Dr F.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'au vu de la lecture qui lui était faite du "dossier patient ambulatoire" entre 14h30 et 16h30, la récupération n'était pas totale mais montrait en plus une aggravation nette par rapport à l'état qui lui avait été décrit précédemment. Si on avait

pris la peine de le rappeler, deux heures plus tard, la situation aurait selon lui été différente et il aurait fallu reconsidérer le diagnostic du matin. L'enfant aurait dû pouvoir bénéficier d'un transfert en soins intensifs de pédiatrie et d'une antibiothérapie (PV aud. n° 11, l. 211 ss).

Après ces téléphones, la prise en charge de l'enfant par le Service de pédiatrie n'a pas été modifiée.

A 15h30, A.G.\_\_\_\_\_ a vomi un biberon de lait et restait d'humeur "grincheuse". La Dresse L.\_\_\_\_\_ a procédé à ce moment-là à un examen clinique neurologique complet de l'enfant, qu'elle a jugé rassurant. L'enfant ne présentait pas de signes focaux, pas d'asymétrie. Elle réagissait, ne se laissait pas examiner, se saisissait par exemple du marteau réflexe. L'état de conscience était maximal (Glasgow 15). Il n'y avait pas de signes méningés. Si elle était assise, elle cherchait à se coucher et à prendre sa lolette et son doudou. Au cours de l'examen, A.G.\_\_\_\_\_ a à nouveau vomi. De plus, sa fréquence respiratoire était un peu élevée. Au terme de l'examen, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a ordonné un remplissage, étant donné que l'enfant venait de vomir et qu'elle avait déjà vomi le matin. La poursuite de la surveillance telle que précédemment a été prévue (cf. P. 9; PV aud. n° 8, l. 129 ss).

A 16h30, A.G.\_\_\_\_\_ a encore vomi. Durant la fin de l'après-midi, elle a alterné entre les moments d'éveil et ceux où elle était endormie. La tachypnée et la tachycardie ont persisté malgré une thérapie de volume. La température corporelle de l'enfant était de 36°C à 18h30.

Vers 21h00, A.G.\_\_\_\_\_ a été remise à la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin de garde pour la nuit, avec comme diagnostic "convulsions fébriles dans un contexte de virose, avec récupération complète et état stable". Elle était endormie mais toujours tachypnéique. La Dresse R.\_\_\_\_\_ n'a vu qu'un enfant endormi jusqu'à la convulsion de 2 heures du matin. Vers 24h00, un encombrement nasal a été constaté et l'administration de sérum physiologique ordonnée.

Au niveau infirmier, A.G.\_\_\_\_\_ a été prise en charge par les infirmières H.\_\_\_\_\_ le 13 mai de 11h40 jusqu'à 20 heures et J.\_\_\_\_\_ durant la nuit. Entendue par le Procureur, H.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'elle était chargée des contrôles vitaux aux heures (PV aud. n°4, l. 65 s.). L'infirmière a décrit une enfant assez fatiguée, qui dormait de longs moments et qui, lorsqu'elle était réveillée, avait un bon contact visuel mais était grincheuse (PV aud. n° 4, l. 68 et 77 ss). H.\_\_\_\_\_ a constaté que la respiration de l'enfant était trop rapide (PV aud. n° 4, l. 85 et 88), ce dont elle a avisé la Dresse L.\_\_\_\_\_. Elle a aussi constaté une très légère parésie faciale lorsque A.G.\_\_\_\_\_ a été admise dans le service de pédiatrie (PV aud. n° 4, l. 135). Vers 19h30, H.\_\_\_\_\_ a remis l'enfant à sa collègue J.\_\_\_\_\_, en lui disant qu'il fallait surveiller A.G.\_\_\_\_\_, qu'elle présentait des convulsions atypiques et qu'elle avait une probable virose comme elle avait eu des diarrhées et des vomissements (PV aud. n°3, l. 53 ss; PV aud. n°4, l. 97). La feuille d'évolution tenue par les infirmières ne comporte aucune indication sur l'état de l'enfant entre 11h40 - moment de son entrée dans le service où il est constaté qu'elle est bien réveillée et afébrile - et 20 heures.

Le jeudi 14 mai 2009 vers 02h00, A.G.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois présenté des convulsions avec une asymétrie des mouvements et un hémicorps gauche inerte. L'administration de "Stesolid intrarectal" a été ordonnée, ce qui est resté sans effet. La Dr R.\_\_\_\_\_ a appelé la Dresse I.\_\_\_\_\_ à son domicile, qui, vers 02h30-03h00, a ordonné l'administration de "Diazépam" pour stopper la crise épileptique et le contrôle de l'évolution de l'état de l'enfant. L'administration du médicament ayant eu un effet sur la crise, mais sans récupération, elle a ensuite demandé à la Dresse R.\_\_\_\_\_ de prendre contact avec le CHUV ou les HUG en vue d'un transfert de l'enfant dans un de ces deux hôpitaux universitaires. Cette dernière décision impliquant l'obligation pour le médecin-cadre de se rendre à l'hôpital pour une évaluation avant transfert, la Dresse I.\_\_\_\_\_ s'est rendue de son domicile privé à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ où elle est arrivée une quinzaine de minutes plus tard, vers 03h45. Un examen neurologique a révélé des signes d'asymétrie pupillaire, des mouvements saccadés du membre supérieur droit,

l'absence de mouvements à gauche et un trouble de l'état de conscience (Glasgow à 9/10). Un scanner cérébral, qui a pu être effectué vers 04h45, a mis en évidence des lésions cérébrales. Entre 05h30 et 06h00, la Dresse A.G. \_\_\_\_\_ a ordonné une nouvelle prise de sang et l'administration d'antibiotiques (Rocephin) à dose méningée.

Le jeudi 14 mai 2009 vers 07h00, A.G. \_\_\_\_\_ a été transportée au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ par la Rega. Dans la matinée une craniectomie de décompression a été pratiquée, qui a permis de constater la présence d'une méningite importante avec la présence d'abcès. A.G. \_\_\_\_\_ est décédée au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ dans la soirée du vendredi 15 mai 2009 d'une méningo-encéphalite à pneumocoques.

**d)** Au dossier de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ figure la mention "Attention : même si DD le plus probable convulsion dans contexte infection virale, si moindre doute ou péjoration penser à DD encéphalite/néoplasie/méningite, etc. et avertir I. \_\_\_\_\_". C'est la Dresse E. \_\_\_\_\_ qui a porté cette mention au dossier pour l'équipe de nuit, sur les instructions de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (cf. P. 9; PV débats, p. 3 i.f.).

**3. a)** Le 30 septembre 2009, le Dr Karim Boubaker, Médecin cantonal, au nom du Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, a mandaté le Dr M. \_\_\_\_\_ pour mener une expertise ayant pour objectif premier de mettre en évidence les problèmes survenus dans la prise en charge de A.G. \_\_\_\_\_ depuis la première consultation chez le pédiatre jusqu'à son décès au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ (cf. P 11/23); lors de son audition comme témoin aux débats de première instance, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé que le but de l'expertise qui lui avait été confiée était de répondre aux questions que le Médecin cantonal se posait dans ce cas et de proposer des améliorations, dans la prise en charge des enfants, de manière globale; ainsi, le but de son rapport était de mettre en lumière certains faits mais surtout d'améliorer la prise en charge des enfants au niveau pédiatrique (cf. jgt, p. 48). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 7 janvier 2010 (cf. P. 5); il a indiqué que son expertise se basait sur l'étude

du dossier médical de la patiente, sur certains éléments issus des divers entretiens et sur certains éléments de la littérature dans son état actuel (cf. P. 5, p. 2); à l'audience de première instance, il a précisé qu'il avait en particulier rencontré les parents de A.G.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, les Dresses L.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ - chef du service de pédiatrie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ -, et la Dresse W.\_\_\_\_\_ du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ (cf. jgt, p. 48 s.).

**b)** En sa qualité de membre du Conseil de santé du canton de Vaud, le Procureur général a pris connaissance du rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ et, le 10 août 2010, il a dénoncé les médecins responsables de la prise en charge de l'enfant pour homicide par négligence (cf. P. 4).

**c)** En cours d'instruction, une expertise judiciaire a été confiée au Professeur A.\_\_\_\_\_, docteur en médecine, directeur et médecin-chef de la Clinique universitaire pédiatrique [...], qui a déposé son rapport le 29 février 2012 (cf. P 74/2 et 74/3 pour la traduction, à laquelle il sera fait référence dans le présent jugement). S'agissant du processus suivi pour effectuer son expertise, le Professeur A.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait étudié tous les documents reçus; il s'était fait aider par des personnes de langue française en cas d'incompréhension; il avait consulté la littérature médicale lorsqu'il avait des hésitations; ensuite il avait répondu aux questions; il n'avait eu aucun contact avec le Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_; le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ figurait dans le dossier qui lui avait été remis; il n'avait pas eu connaissance du procès-verbal de l'audition du Professeur W.\_\_\_\_\_ mais avait eu connaissance du procès-verbal d'audition du Dr F.\_\_\_\_\_; il y avait trois dossiers médicaux, à savoir celui du Conseil de santé, celui de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ et celui du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_; il avait tout lu une, deux fois; il avait inscrit sur une feuille tout le déroulement; le dossier du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ était le moins important parce que cela concernait des faits "ultérieurs"; il avait essayé de trouver des données originales et non pas des interprétations contenues dans les rapports, les originaux des analyses du laboratoire, le rapport du SMUR, les rapports des soignants (cf. PV aud. n° 13 l. 333 ss); à l'audience, il a ajouté qu'il n'avait pas eu connaissance de la lettre du

Dr N.\_\_\_\_\_ (cf. PV jgt, p. 43); il a confirmé qu'il avait établi son expertise sur la seule base du dossier écrit qui lui avait été remis sans avoir entendu les Dresses L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, ni les parents de A.G.\_\_\_\_\_ (cf. PV jgt, p. 44).

**d)** De son côté, I.\_\_\_\_\_ s'est adressée au Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-chef à l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ depuis une vingtaine d'années, également responsable des urgences pédiatriques dans cette structure et chargé de formation et d'enseignement dans le domaine de la pédiatrie générale et aux urgences, à qui elle a formulé plusieurs questions écrites, par l'intermédiaire de son défenseur. En réponse à cette demande, le Dr N.\_\_\_\_\_ a émis un avis écrit le 27 novembre 2012 (cf. P. 105/2); il y était notamment indiqué qu'il avait reçu le dossier médical de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, le rapport du SMUR et les deux expertises médicales du Dr M.\_\_\_\_\_ et du Professeur A.\_\_\_\_\_. Entendu lors des débats de première instance, le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il connaissait les deux prévenues depuis très longtemps, dans la mesure où elles faisaient partie des multiples collègues qui avaient été formées dans son département de pédiatrie (cf. PV jgt, p. 29). S'agissant du contexte dans lequel son courrier du 27 novembre 2012 avait été rédigé, il a exposé qu'il l'avait fait sur demande de la Dresse I.\_\_\_\_\_; il n'avait pas eu avec elle une longue discussion par rapport à la situation; elle était venue lui en parler et lui avait expliqué le contexte de l'affaire - qu'il ne connaissait que par les médias - et la situation dans laquelle elle se trouvait avec sa collègue; elle lui avait demandé une forme d'aide, aussi sur suggestion de son avocat, dont il avait reçu un questionnaire quelques jours après; il a encore déclaré qu'il était au centre de la formation des médecins du canton et qu'il connaissait les prévenues depuis très longtemps mais que, cela étant, il n'avait pas de relation d'amitié particulière avec elles; quand il avait été contacté par la Dresse I.\_\_\_\_\_, il avait suggéré de faire une expertise externe selon un canevas plus conséquent (cf. PV jgt, p. 36); il avait conscience du fait que le travail qu'il avait fourni avait un caractère partiel et il ne prétendait pas avoir procédé à une expertise; il n'avait pas lu le procès-verbal d'audition du Professeur A.\_\_\_\_\_ devant le procureur (cf. PV jgt, p. 37); si son rapport était certes partiel, il n'était en revanche pas

partial et il ne s'agissait nullement d'un rapport de complaisance (cf. PV jgt, p. 38).

**4. a)** Invité à se prononcer sur la prise en charge de A.G. \_\_\_\_\_ lors de son admission à l'Hôpital T. \_\_\_\_\_, le Professeur A. \_\_\_\_\_ a estimé que les médecins responsables n'avaient pas mis en œuvre tout ce qui était possible de faire lors d'un soupçon de méningite bactérienne, mais qu'il était plus difficile de répondre à la question de savoir si lesdits médecins avaient omis des mesures qui auraient dû être nécessairement prises lors de l'admission. Il a relevé que le fait que l'état de A.G. \_\_\_\_\_ s'était amélioré spontanément et considérablement (disparition de la paralysie de l'hémiface gauche, réveil, comportement joueur) en quelques heures seulement, pourrait parler contre l'hypothèse d'une omission des médecins mais qu'en revanche, celle-ci pouvait être défendue, compte tenu des valeurs sanguines (leucocytose, CRP) qui étaient compatibles (mais pas probantes) avec une infection bactérienne et compte tenu du fait que malgré la diminution de la fièvre, l'enfant présentait toujours une tachycardie et une tachypnée indiquant un pré-choc et qui étaient également compatibles avec une infection bactérienne, mais non avec une banale infection virale; dès lors, un comportement prudent, visant la sécurité et cherchant à éviter le pire (worst case scenario) aurait donc exigé la prise des mesures d'urgence susmentionnées (formule sanguine, CRP, hémoculture, antibiotique empirique, CT/MR, éventuellement ponction lombaire) (cf. P 74/3 R. ad Q. 4); l'expert a également souligné que l'administration de benzodiazépines (Diazépam, Clonazepam) avant l'admission à l'hôpital ainsi que l'état ictal/post-ictal de A.G. \_\_\_\_\_ avaient rendu l'évaluation des signes cliniques d'une méningite probablement plus difficile. Ainsi, en cas de doute, un médecin expérimenté prenait en considération le diagnostic le moins favorable, à savoir, in casu, la possibilité d'une méningite bactérienne (cf. P 74/3 R. ad Q. 5 in fine). Le Professeur A. \_\_\_\_\_ a également exposé qu'à partir du moment où le diagnostic d'une méningite bactérienne avait été pris en considération, il aurait dû être exclu idéalement au moyen de la procédure suivante : prise de sang en urgence, puis Rocephin i.v., puis imagerie médicale (CT/MR), puis (au vu du résultat des CT/MR) une ponction

lombaire ou un transfert d'extrême urgence dans un hôpital important pourvu d'un secteur de médecine interne pédiatrique et de chirurgie neurologique; l'expert a noté qu'il s'agissait d'un tableau idéal et qu'il était toujours plus difficile d'appliquer cette séquence rapidement dans un petit hôpital; il a relevé qu'en outre, l'amélioration apparente de l'état neurologique de A.G.\_\_\_\_\_ après le premier épisode était très inhabituelle pour une méningite bactérienne (spécialement la récupération d'un état normal de conscience) et que cette évolution avait probablement amené l'équipe des médecins à attendre, "ce que l'on peut comprendre", au vu de l'absence d'un algorithme (sic) imposant aux médecins une procédure à suivre (cf. P 74/3 R. ad Q. 16; cf. également PV aud. 13, l. 287 s.). Quoi qu'il en soit, selon l'expert, l'amélioration de l'état de santé durant la période du 13 mai de 12h à 24h n'était pas satisfaisante: la tachypnée inexpiquée et la tachycardie changeante avaient persisté malgré une thérapie de volume. L'état instable avait donc globalement persisté, bien que l'état neurologique de l'enfant se fût apparemment amélioré (P. 74/13, R. ad Q. 9). De l'avis de l'expert, même si l'état de A.G.\_\_\_\_\_ paraissait stable, trois autres problèmes persistaient: la tachypnée ainsi que le status fébrile depuis 4 jours (malgré plusieurs administrations de fébrifuges [PV aud. 13, l. 267 ss], accompagné de paramètres d'infection élevés dans le sang qui n'avaient pas été identifiés et protocolés. Ces résultats auraient nécessité une réévaluation avec une recherche centrée sur la découverte d'un foyer d'infection bactérienne (répétition des analyses de laboratoire, examen d'urine, radiographie du thorax, administration empirique d'antibiotique). Le diagnostic retenu était donc au moins incomplet et une exploration de la tachypnée et des valeurs de pouls élevées, ou correspondant au moins aux valeurs élevées sur l'échelle des valeurs normales, n'a pas été effectuée (P. 73/4, R. ad. Q. 11) A la question de savoir s'il fallait conclure qu'un devoir de diligence/des règles de l'art médical avait été violé, l'expert a indiqué qu'il n'existait pas de guidelines qui imposeraient la procédure à suivre lors d'épisodes de convulsions fébriles complexes (cf. PV aud. 13, l. 108 pour la correction de la traduction) mais que, selon la littérature, le médecin traitant devait exclure une méningite bactérienne lors de convulsions fébriles complexes (idem), même si cette dernière ne se présentait que

dans moins que 1% des cas accompagnée de convulsions fébriles complexes (idem); à charge, il convenait de dire qu'une antibiothérapie i.v. avec par exemple Rocephin se serait imposée dans le cas de A.G. \_\_\_\_\_ compte tenu du fait que l'examen sanguin avait révélé des signes d'une infection et d'un état de pré-choc, et ceci même si elle n'avait pas eu de convulsions fébriles complexes (idem); d'autre part, il fallait prendre en considération l'existence d'explications alternatives, notamment le fait qu'au cours de l'après-midi du 13 mai 2009, l'évolution neurologique était temporairement extraordinairement bonne et que l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ ne disposait apparemment pas de guidelines internes recommandant pour ce cas de figure une procédure à suivre, précisant que ce style de guidelines était spécialement important pour le médecin inexpérimenté et visaient, en règle générale, à éviter le "worst case scenario"; il a expliqué qu'il identifiait ici une faute du système dans le déroulement des processus à l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ et que, par conséquent, il estimait qu'il n'y avait pas de violation des règles de l'art médical que les experts pourraient invoquer; en revanche, il y avait eu violation d'un devoir de diligence individuelle, compte tenu du fait que le diagnostic correct avait été évoqué a priori, mais n'avait finalement pas été investigué de manière conséquente, respectivement n'avait finalement pas été exclu, précisant que l'exclusion d'une méningite bactérienne dans le cadre de la médecine d'urgence pédiatrique relevait de la plus grande priorité, qu'elle était enseignée dans les universités ainsi que dans le cadre de la formation du médecin visant à devenir spécialiste en pédiatrie et en médecine de l'adolescent FMH et était généralement reconnue nécessaire, comme mentionné ci-dessus, par la littérature (cf. P 74/3 R. ad Q. 18); ainsi, selon le Professeur A. \_\_\_\_\_, on pouvait reprocher aux deux médecins responsables les Dresses I. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ une violation du devoir de diligence compte tenu du fait qu'elles n'avaient pas immédiatement investigué, respectivement exclu, la "méningite bactérienne" dont faisait état le diagnostic différentiel; l'expert a ajouté qu'il supposait que les deux médecins avaient procédé à leurs évaluations respectives de bonne foi dès lors qu'elles avaient investigué dans chaque cas un diagnostic également possible; pour cette raison et compte tenu de l'absence de guidelines nationales ou internationales prévoyant une

procédure à suivre en cas d'épisodes fébriles complexes, on ne pouvait pas parler d'une violation des règles de l'art médical à son avis (cf. P 74/3 R ad Q. 19).

Certaines précisions doivent être mentionnées spécifiquement au sujet des prémisses sur lesquelles le Professeur A. \_\_\_\_\_ s'est fondé. L'expert a estimé que les valeurs sanguines (leucocytose et CRP) étaient compatibles avec une infection bactérienne (cf. P. 74/3 R. ad Q 4); lors de son audition en cours d'enquête, à la question de savoir s'il était vrai qu'après une convulsion prolongée, il était fréquent de trouver une leucocytose, il a répondu que oui, cela pouvait arriver, qu'un état fébrile était fréquemment associé à une convulsion prolongée et que l'enfant avait aussi bien une convulsion qu'une infection qui provoquaient de la fièvre; il était donc impossible au médecin de dire de cas en cas que la leucocytose découlait de la convulsion prolongée ou de l'infection; par ailleurs les infections aux pneumocoques bénignes, par exemple une otite, montraient une CRP normale qui allait jusqu'à 100; les infections graves et invasives à pneumocoques donnaient des valeurs beaucoup plus élevées de 150 à 300, pour autant que l'enfant survive à cet état; il arrivait que chez l'enfant, l'infection à pneumocoque invasive soit tellement fulgurante qu'elle ne laisse pas à la CRP le temps de monter; il était exact qu'au troisième jour d'un état fébrile, une CRP à 54 n'était pas spécifique d'une surinfection bactérienne (cf. PV aud. n° 13, l.168 ss). Aux débats, l'expert a précisé que c'était l'analyse de l'ensemble des symptômes qui donnait une indication à une thérapie empirique par antibiotiques, à quoi s'ajoutait encore l'âge du patient, ceux âgés de moins de 24 mois ayant un risque beaucoup plus élevé pour des infections bactériennes invasives. Pour cette raison, un traitement empirique était très important avant de poser un diagnostic précis et définitif (cf. PV jgt, p. 44).

Enfin, à la question de savoir si la méningite aurait pu ou dû être diagnostiquée avant le décès et, partant, si le décès aurait pu être évité, l'expert a répondu qu'il était plus que probable qu'en cas de diagnostic rapide de méningite bactérienne, le décès aurait pu être évité. A cet égard, il a

indiqué que, selon les études sur le sujet, le seuil de létalité d'une méningite à pneumocoques était de 5 à 30% et, en Suisse, selon sa propre évaluation, ce taux était inférieur à 10%. Des conséquences neurologiques tardives survenaient auprès de 25 à 50% des survivants (P. 74/3 ad Q 17).

**b)** Dans son rapport du 7 janvier 2010, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait une description de la situation clinique de l'enfant, du dimanche 10 mai jusqu'à son décès le 15 mai 2009 (cf. P. 5, p. 3 ss). Il a en particulier rappelé que selon la feuille de surveillance infirmière, la température était alors de 37.2°C, la fréquence cardiaque de 170/min, la fréquence respiratoire de 52/min et la tension artérielle de 106/54, que l'enfant était donc tachycarde et tachypnéique avec une température et une tension normales, d'autre part que les examens de sang pratiqués le 13 mai 2009 à 12h00 montraient une leucocytose à 25.3 G/L avec 13,5% de neutrophiles non segmentés et une élévation de la CRP à 54 mg/L, et que les autres éléments de la FSC et la gazométrie étaient dans les limites de la norme; cela étant, il a considéré que, globalement, il y avait des éléments paracliniques parlant en faveur d'un processus infectieux possiblement d'origine bactérienne associés à des paramètres perturbés et que l'ensemble était compatible avec un tableau de pré-choc (cf. P. 5, p. 4 s.). Plus avant dans son rapport, sous le titre "Discussion et commentaires", le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes:

"L'évolution décrite ci-dessus est celle d'une méningo-encéphalite à Pneumocoque chez un enfant âgée de 11 mois, ayant reçu une vaccination complémentaire antipneumococcique par PREVENAR selon le plan Suisse de vaccinations (vaccinations complémentaires). Ce vaccin ne couvre pas tous les sérotypes de pneumocoques et ceci explique l'existence de cette infection invasive à pneumocoque en dépit de la vaccination.

Même si l'évolution initiale entre le 10 et le 13.5.2009 semble relativement banale, certains éléments auraient pu faire suspecter une infection plus grave qu'évoquée au début.

La fièvre très élevée peut, chez le petit enfant, être le reflet de maladies banales d'origine virale ne nécessitant pas d'autre traitement que symptomatique. Mais elle peut également être le signe d'appel d'une infection bactérienne invasive comme c'était le cas ici. Les critères usuels (conservation de l'état général, réponse au traitement fébrifuge, entrain de l'enfant) ne sont que très relatifs et; s'ils peuvent donner une certaine indication, ne permettent pas de différencier de manière certaine une infection virale banale d'une infection bactérienne invasive. Dans les premières heures d'évolution, en l'absence de signe évident à l'examen clinique et face à une fièvre isolée, faire la différence entre ces deux processus pathologiques peut s'avérer extrêmement difficile. Si l'on se réfère aux articles des années 90 sur la bactériémie occulte du jeune enfant, il semble que la

probabilité d'une infection bactérienne augmente lorsque la température est élevée ou très élevée (>39°C).

Ici, la température anamnestiquement reportée par les parents de 39,7 °C le 11.5.09 au matin ayant la première consultation est certainement à prendre au sérieux.

Ces mêmes articles médicaux montraient que l'usage d'examen complémentaires simples (leucocyte principalement) permettait, en conjonction avec la température élevée, d'améliorer la fiabilité du diagnostic d'infection bactérienne ("occult bacteremia") et de détecter (peut-être) plus efficacement les nourrissons nécessitant une antibiothérapie. D'un autre côté, effectuer une FSC à chaque enfant avec de la fièvre n'est pas envisageable et la procédure à appliquer ne peut que dépendre du sens clinique du médecin appelé à voir l'enfant initialement. Toutefois, il aurait été utile de mesurer la température lors de la première consultation. Par la suite, il s'écoule environ 45 heures entre cette première consultation et la suivante, au cours desquelles les parents décrivent que l'état de l'enfant s'aggrave et devient inquiétant. Cette description est faite plus de six mois après les faits. Sur le moment, les parents n'ont pas été très inquiétés par l'état de leur fille le 12.5.09, ce qui explique qu'ils n'aient pas consulté un médecin ce jour-là.

Le 13.5.09, l'évolution est celui d'un tableau clinique évoquant des convulsions fébriles compliquées ou atypiques, en opposition à celui de convulsions fébriles simples. Le diagnostic retenu dans l'entrée rédigée par les médecins de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ est celui de "convulsion focale dans un contexte fébrile", locution représentant la même entité que celle mentionnée ci-dessus. A mon avis, ce diagnostic à ce stade correspond au tableau clinique de A.G.\_\_\_\_\_.

Dans les livres médicaux de référence (Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition, Saunders Elsevier 2007, pp 2457 et 2458) ; il est fait mention de la différence entre "simple febrile convulsion" et "complex or complicated febrile seizures" qui doit être évoqué s'il y a plusieurs convulsions dans les 24 heures suivant le 1er épisode ou s'il y a initialement des phénomènes neurologiques focaux ou des signes focaux dans la phase post-ictale. Les convulsions fébriles simples surviennent le plus habituellement lorsque la température s'élève rapidement au delà de 39 °C, au début de la maladie, et généralement pas après 48h d'évolution.

Dans le cas de A.G.\_\_\_\_\_, le moment d'apparition des convulsions, le caractère focal des convulsions et la persistance d'une paralysie faciale dans la phase post-ictale parlent tous en faveur de convulsions fébriles complexes.

Face à un premier épisode de convulsions fébrile (simples ou complexes), il faut maintenir un haut niveau de vigilance face à la possibilité d'une infection bactérienne du SNC. Nelson's Textbook 18 ed., p. 2458 "During the acute evaluation, a physician's most important responsibility is to determine the cause of the fever and to rule out meningitis or encephalitis. If any doubt exists about the possibility of meningitis, a lumbar puncture with examination of the cerebrospinal fluid is indicated". Les auteurs ajoutent encore que la PL doit être encore plus facilement exécutée si l'enfant a moins de 12 mois ou si les convulsions sont complexes.

Au vu de ce qui précède, et vu l'existence chez A.G.\_\_\_\_\_ de convulsions fébriles complexes, d'un âge inférieur à 12 mois, d'examen complémentaires pathologiques (leucocytose et déviation gauche avec CRP élevée), l'indication à des examens complémentaires (PL et/ou imagerie cérébrale) était clairement posée.

L'entretien avec les différents intervenants, y compris l'équipe médicale de Hôpital T.\_\_\_\_\_, a mis en évidence un consensus clair sur ce point lors d'une analyse a retro des faits.

Les notes de suite de T.\_\_\_\_\_ démontrent d'ailleurs un diagnostic différentiel faisant mention de la possibilité d'une méningite ou d'une encéphalite. A ce stade, l'équipe médicale de Hôpital T.\_\_\_\_\_ a jugé utile de prendre l'avis d'un

spécialiste en Neuropédiatrie au CHUV, mais cette consultation téléphonique n'a pas débouché sur la réalisation d'examens complémentaires immédiats mais sur une proposition d'EEG à distance. Ceci a fallacieusement conforté les pédiatres de Hôpital T. \_\_\_\_\_ dans l'idée qu'une PL ou une imagerie cérébrale n'était pas indiquée dès l'arrivée à l'Hôpital T. \_\_\_\_\_. A ce titre, il faut rappeler que l'avis d'un spécialiste (surtout s'il n'a pas vu l'enfant) n'est qu'indicatif et que la décision finale quant à un traitement ou à des examens reste de la responsabilité du médecin ayant directement la charge de l'enfant. A ce stade, l'avis du neuropédiatre, quel qu'en soit le fondement, ne peut être qu'un des éléments de la décision thérapeutique et non pas valoir de décision en lui-même ni même servir de justificatif. Au moment de l'appel, le problème n'était pas de savoir si l'enfant était à risque de développer par la suite une épilepsie ou si ces premières convulsions en étaient la première manifestation, mais bien plutôt de savoir si une méningo encéphalite devait être formellement exclue. Malheureusement ce concilium spécialisé n'a pas permis de répondre à cette question. Il s'en est ensuivi un délai de 19 heures environ avant l'établissement du diagnostic exact et l'instauration d'un traitement antibiotique efficace. Vu la rapidité d'évolution des méningites bactériennes à cet âge, on ne peut pas exclure qu'une antibiothérapie plus précoce aurait permis une issue différente.

Un deuxième point doit être abordé dans cette discussion. Il s'agit de l'interprétation initiale des paramètres vitaux et des examens sanguins. D'après les relevés infirmiers, l'enfant est tachycarde, tachypnéique dès son arrivée aux urgences. La TA n'est pas mesurée avant le transfert dans le service de Pédiatrie. Le personnel des urgences doit avoir le matériel et les compétences pour mesurer convenablement la tension artérielle chez tous les patients, y compris les enfants et petits-enfants. La même remarque s'applique à propos de la réalisation d'examens sanguins. Quand bien même ceci ne représente qu'un point marginal, il aurait été souhaitable que la mesure de tous les signes vitaux et la réalisation des examens sanguins puissent être fait aux urgences déjà plutôt qu'attendre le transfert dans le service de pédiatrie.

La tachycardie isolée s'explique souvent, à cet âge, par le stress engendré chez l'enfant par l'immersion dans un milieu perçu comme hostile et par la confrontation avec des personnes étrangères. Toutefois, ici, cette tachycardie persistante était associée à d'autres éléments, tachypnée, fièvre élevée et perturbations des examens sanguins. L'association de ces différents éléments chez un enfant de moins d'un an évoque la possibilité d'une infection bactérienne invasive. Vu la progression souvent fulgurante de ce type d'infection chez le petit enfant, l'administration précoce d'antibiotiques à large spectre dans l'attente des résultats des examens bactériologiques doit être envisagée, sinon de manière systématique, du moins en présence d'un doute élevé. Cette condition était réalisée dans ce cas, et un traitement antibiotique aurait dû être prescrit plus précocement même sur la seule base des paramètres vitaux et les examens sanguins.

De plus, la présence d'une otite moyenne aiguë chez un enfant de moins d'un an fait partie des critères usuels de la mise en route d'une antibiothérapie systémique. Au-delà d'un an de vie, une attitude plus restrictive quant à la prescription d'antibiotiques est recommandée. (Recommandation de la Société Suisse de Pédiatrie).

Quelques heures après l'admission, la situation se péjore, l'enfant vomit dans l'après-midi puis présente des troubles respiratoires en début de soirée. A ce stade, une réévaluation complète de la situation, y compris de l'indication à des examens complémentaires ou la répétition de certains d'entre eux aurait été utile. La prescription d'une perfusion hypotonique (glucosalin 2:1) a pu favoriser l'apparition de l'hyponatrémie constatée le 14. 5. 09 à 0500 du matin. La prescription d'une perfusion strictement isotonique, dans le contexte d'une symptomatologie neurologique aurait été préférable. L'hyponatrémie peut en effet dans cette situation favoriser l'apparition ou péjorer l'évolution d'un

oedème cérébral. La perfusion a été modifiée dès que le diagnostic d'oedème cérébral a été connu (après le premier CT scan). [...]

Dès l'arrivée au CHUV, des mesures à visées de neuroprotection sont entreprises (sédation, intubation, curarisation, position avec surélévation de la tête) et une craniectomie de décompression est décidée. En dépit de ces traitements héroïques, la situation s'avère rapidement être au-delà de toute possibilité thérapeutique."

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a conclu que si, dans le cas particulier, le diagnostic initial et le diagnostic différentiel étaient corrects, il y avait une certaine mésestimation de la gravité de la situation, ce qui avait entraîné un retard dans la mise en route d'un traitement curatif. Selon lui, dans la situation de A.G.\_\_\_\_\_, on ne peut pas exclure qu'un traitement antibiotique plus précoce aurait permis une issue différente. Toutefois, il est connu que les infections à pneumocoques chez l'enfant de moins de 5 ans sont associées à une mortalité pouvant être estimée à 5,7 % (cf. P. 5, p. 14).

**c)** Pour sa part, le Dr N.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions qui lui étaient posées en ce sens que les normes de fréquence cardiaque pour un enfant âgé de plus de trois mois et de moins de deux ans étaient de 100 à 190/minute pour un enfant "éveillé" et de 75 à 160/minute pour un enfant "endormi", normes qui pouvaient selon lui être appliquées aussi bien à l'enfant aux urgences qu'à l'enfant hospitalisé; il a indiqué que, selon ces normes, les chiffres de fréquence cardiaque présentés par A.G.\_\_\_\_\_ durant l'après-midi étaient dans la norme pour l'âge; selon lui, les paramètres relevés (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle et temps de recoloration cutané) ne permettaient pas d'affirmer que A.G.\_\_\_\_\_ était en pré-choc (cf. P. 105/2, p. 1); aux débats de première instance, il a encore précisé que du point de vue de la formule sanguine, le seul paramètre qui était anormal était celui de la quantité de globules blancs et de leur répartition, qui était élevée, au-dessus de la norme, mais qui devait être interprétée dans le contexte d'un enfant qui avait de la fièvre depuis plusieurs jours, qui avait convulsé et qui avait malheureusement un pneumocoque mais également un adénovirus qui sont connus pour faire monter les paramètres (cf. PV jgt, p. 32). A la question de savoir si, dans la situation de A.G.\_\_\_\_\_, fébrile

depuis deux jours et avec une otite moyenne aiguë débutante le matin même, la CRP seule permettait d'indiquer une surinfection bactérienne, il a répondu que non dès lors qu'une seule valeur de CRP, prise isolément, ne signifiait rien, ni en terme de facteur inquiétant, ni en terme de facteur rassurant; ainsi, des infections virales pouvaient démontrer des CRP très élevées et des infections bactériennes graves démontrer des CRP basses et faussement rassurantes, surtout en début d'évolution; tout dépendait donc du contexte clinique qui était prioritaire; il a en outre souligné que chaque situation était en soi unique et devait prendre en compte les circonstances qui entouraient le problème de santé du patient (cf. P. 105/2, p. 2). En rapport avec des questions liées au Vademecum de pédiatrie du Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_, il a mentionné qu'une convulsion fébrile, si elle était atypique, mais s'accompagnait d'une résolution des anomalies neurologiques, d'une absence de signes méningés et d'un état de conscience normal (A.G.\_\_\_\_\_ était décrite comme attentive, joueuse même durant l'après-midi), justifiait une observation clinique attentive, mais pas d'imagerie cérébrale ou de ponction lombaire systématique (cf. P. 105/2, p. 2 s.); aux débats, il a souligné que le Vademecum ne remplaçait à aucun moment la mise en situation individuelle (cf. PV jgt, p. 29). Selon lui, l'évaluation clinique de l'enfant ainsi que les éléments anamnestiques qui l'accompagnaient étaient les fondements de toute démarche clinique, les examens paracliniques venant compléter plus ou moins utilement le diagnostic différentiel évoqué après une anamnèse et un examen clinique minutieux; dans la situation présente, la décision de faire ou de ne pas pratiquer d'examens supplémentaires ou de mettre ou ne pas mettre A.G.\_\_\_\_\_ sous antibiotique durant l'après-midi d'observation à l'hôpital ou même d'emblée lors de son arrivée dépendait justement de l'évaluation de son état clinique; selon lui, les éléments objectifs du dossier ne permettaient pas de dire que l'état clinique de l'enfant nécessitait d'aller plus rapidement avec les examens ou la mise sous antibiotique; le dossier manquait cependant de quelques informations capitales à ce sujet, de même qu'il n'était nulle part fait mention de l'avis des parents, ce qui était plutôt rare; néanmoins et selon les notes présentées, l'évaluation clinique faite par tout au moins un médecin (Dresse L.\_\_\_\_\_, clinicienne

expérimentée qui détaillait la consultation de 15h30) ne semblait pas être suffisamment alarmante pour aller de l'avant avec un traitement ou les investigations, tout au moins de 11h30 à 20h00 environ (cf. P. 105/2, p. 3). Le Dr N. \_\_\_\_\_ a encore mentionné que vu la récupération neurologique complète, l'absence de fièvre et l'état général clairement amélioré (A.G. \_\_\_\_\_ boit, son état de conscience est décrit comme normal, il n'y a aucun signe méningé à l'examen médical répété), la surveillance était de mise (cf. P. 105/2, p. 4; cf. également PV jgt, p. 32). Interpellé aux débats sur la question de savoir si cela justifiait de faire une ponction lombaire ou un scanner, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment relevé que le fait de faire une ponction lombaire n'avait pas de sens sans examen clinique; dans la situation présente, l'enfant avait fait une convulsion prolongée et atypique dans un contexte de fièvre depuis plusieurs jours qui avait augmenté ce jour-là et dans ce contexte, les recommandations actuelles allaient dans le sens de ne pas faire systématiquement des examens dans la mesure où pour cette situation là, avec résolution de l'état général, on ne faisait pas toujours une ponction lombaire ou un scanner; il a précisé que c'étaient la méningite à pneumocoque et la méningite à herpès qui étaient très dangereuses et que la probabilité d'être en présence de ce type de microbe était tellement faible que le fait de faire systématiquement une ponction lombaire ne se justifiait pas; il a enfin ajouté que dans le cas présent, du moment que l'enfant avait résolu sa symptomatologie neurologique, il se justifiait de procéder à une surveillance attentive sans faire nécessairement ces examens (cf. PV jgt, p. 32 s.).

**d)** A la question de savoir ce qu'elle faisait devant une situation d'état de mal complexe, le Professeur W. \_\_\_\_\_, neuro-pédiatre, médecin-chef de l'unité de neurologie et de neuroréhabilitation pédiatrique au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_, a, lors de son audition par le procureur, indiqué que la réponse était assez claire; dans la situation d'un petit enfant de moins de deux ans qui se présentait dans un état de mal fébrile ou une convulsion prolongée de quinze ou trente minutes, la question était toujours de déterminer s'il s'agissait d'une convulsion dite "sans cause précise" c'est-à-dire liée à l'excitabilité du cerveau de l'enfant, l'élévation

de la température étant susceptible de causer une crise épileptique, ou alors s'il y avait une infection ou une inflammation des méninges ou du tissu cérébral dû à un virus (herpès par exemple) ou à une bactérie; en fonction de la situation, c'est-à-dire de l'état de l'enfant à l'admission, on devait décider ou non d'entreprendre des examens complémentaires, soit une ponction lombaire, soit une imagerie cérébrale d'emblée si l'enfant n'était pas dans un état de conscience normal ou présentait des signes focaux, cas dans lequel une ponction lombaire était contre-indiquée. En cas de doute, si on décidait de ne pas décider, on observait l'enfant aux urgences ou aux soins continus, avec un monitoring des signes vitaux, et un examen neurologique et de l'état de conscience de l'enfant, et on réévaluait la situation régulièrement pour procéder à des investigations si nécessaire (cf. PV aud. n° 12, l. 93 ss). Dans le cas d'un enfant comme A.G. \_\_\_\_\_ qui arrivait par le biais des urgences, avec une convulsion fébrile complexe et une fièvre depuis plusieurs jours, la première chose était d'évaluer les signes vitaux et la deuxième de faire ou non une ponction lombaire sur le champ; la question qui était très importante était de savoir quel était l'état de l'enfant au moment où on le recevait; si l'enfant était endormi, sédaté par une médication antiépileptique, on devait réévaluer la situation si l'on pensait que dans ces conditions on ne devait pas faire la ponction lombaire tout de suite; c'était le cas s'il n'y avait pas d'autres signes de gravité; si ces signes existaient, on devait le faire. Une ponction lombaire était vraiment nécessaire après la convulsion avec un état de conscience perturbé (l'état de conscience n'étant pas perturbé lorsque l'enfant est assis dans son lit, conscient, capable d'agir) et on pouvait également en faire une si la convulsion était typique, avec des signes de gravité, ou s'il y avait récurrence dans la demi heure ou les heures qui suivaient, étant précisé que par définition, on ne serait plus dans une situation simple; le plus important était l'état de conscience de l'enfant (cf. PV aud. n° 12, l.133 ss). Aux débats de première instance, le Professeur W. \_\_\_\_\_ a encore exposé que quand les convulsions fébriles étaient atypiques, il y avait un problème qui se posait de savoir s'il y avait une infection du système nerveux central (c'est-à-dire du cerveau), que ce soit viral ou bactérien, ou une première crise d'épilepsie favorisée par la fièvre ou alors vraiment la convulsion fébrile atypique qui était une atypie

de la première convulsion, auquel cas on en restait là; dans ce cas, la question se posait toujours de savoir s'il y avait une indication à faire une ponction lombaire, qui était une mesure invasive, ou si on restait à une observation et faisait le point en fonction de l'évolution; le critère était le fait que l'enfant ait récupéré complètement, c'est-à-dire que l'enfant soit redevenu tout à fait normal après l'épisode; c'était la récupération mais également l'âge de l'enfant qui était déterminant pour savoir s'il fallait faire une ponction lombaire, mais également le contexte général; il s'agissait de voir si l'on se trouvait en présence d'un épisode initial de fièvre (p. ex. un état viral), ou dans un cas moins clair et précis, auquel cas il fallait aller de l'avant le plus rapidement possible; pour les enfants de moins de six mois on faisait systématiquement une ponction lombaire car l'état neurologique est difficile à interpréter; pour les enfants entre six et dix-huit mois, il fallait apprécier selon le contexte; cela laissait donc la place à l'appréciation dans un cas particulier, sauf si l'institution donnait des directives précises, dans un cas donné (cf. PV jgt, p. 23 s.); elle a encore exposé que la littérature donnait des indications et des données statistiques qui disaient que pour une convulsion fébrile typique, il n'y avait en principe pas besoin de faire de ponction lombaire, pour autant qu'il y ait récupération au regard des critères susmentionnés; en revanche pour une convulsion fébrile atypique, il fallait être beaucoup plus large car il y avait des risques d'infection du système nerveux central, à savoir du cerveau. En l'espèce, le fait que A.G. \_\_\_\_\_ ait été hautement fébrile depuis deux ou trois jours, était un élément à prendre en considération, une sorte de drapeau rouge à considérer; l'on n'était donc pas au début d'une maladie fébrile qui se déclarait brutalement et qui était à l'origine de convulsions fébriles (cf. PV jgt, p. 24). En présence de convulsions fébriles complexes et s'agissant de la récupération, on devait évaluer si l'on pouvait se permettre d'attendre ou pas; la distinction entre l'endormissement dû à la médication ou à une infection du système nerveux central était délicate et c'étaient les signes neurologiques et les autres paramètres vitaux qui permettaient de le dire; on se donnait une demi-heure à une heure pour voir venir, si c'était possible, à savoir si la situation ne se dégradait pas entre temps; si le temps de récupération était court, il était sûr que ce n'était pas quelque chose de grave mais en

revanche, s'il était un peu plus prolongé, il fallait être très méfiant et aller de l'avant au profit de l'hypothèse la plus grave (cf. PV jgt, p. 25). Pour résumer, si un enfant arrive aux urgences avec une convulsion et fièvre et qu'on ne sait pas si c'est une méningite ou une convulsion fébrile simple ou complexe, on va lui faire une ponction lombaire s'il y a une suspicion sérieuse de méningite; si l'enfant arrive et présente tous les symptômes d'une méningite mais n'est pas dans un état où on peut lui faire une ponction lombaire, on lui donne des antibiotiques et des antiviraux et on avise ensuite (cf. PV jgt, p. 25 s.); il était exact que dans une autre hypothèse où l'enfant était éveillé, où l'on pouvait vérifier son status neurologique et s'il avait récupéré, on mettait en place une surveillance ou alors, si quelque chose titillait, on discutait quand même de la possibilité de faire une ponction lombaire; c'était là où l'appréciation médicale devenait délicate, la réponse n'étant pas oui ou non mais l'appréciation entrant en jeu; aux urgences, on avait plutôt tendance à pratiquer la ponction lombaire que d'y surseoir lorsque l'on était débutant. Plus on était expérimenté, moins on en faisait (cf. PV jgt, p. 26).

### **En droit :**

**1.** Interjetés dans les formes et délais légaux par des parties ayant la qualité pour recourir contre un jugement du tribunal de première instance ayant clos la procédure (art. 398 al. 1 CPP [Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007; RS 312.0), les appels du Ministère public et de B.G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ sont recevables.

**2.** Aux termes de l'art. 398 al. 2 CPP, la juridiction d'appel jouit d'un plein pouvoir d'examen sur tous les points attaqués du jugement. L'appel doit permettre un nouvel examen au fond par la juridiction d'appel. Celle-ci ne doit pas se borner à rechercher les erreurs du juge précédent et à critiquer le jugement de ce dernier; elle doit tenir ses propres débats et prendre sa décision sous sa responsabilité et selon sa libre conviction, qui doit reposer sur le dossier et sa propre administration des preuves.

L'appel tend à la répétition de l'examen des faits et au prononcé d'un nouveau jugement (Luzius Eugster, in: Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, 2014, n. 1 ad art. 398 CPP). 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 c. 3.1).

### **3.**

**3.1** Les experts mandatés par les autorités pénales sont appelés experts judiciaires par opposition aux experts privés qui ont eux été mandatés par l'une des parties à la procédure. Dans le cadre de l'art. 182 CPP, le législateur n'a pas envisagé l'expertise privée mais le code ne l'exclut pas (Moreillon/Parein-Reymond, Code de procédure pénale, Petit commentaire, Bâle 2013, n. 3 ad Généralités sur l'expertise art. 182 CPP).

Comme tous les autres moyens de preuve, les expertises sont soumises à l'appréciation du juge. Il ne peut toutefois s'en écarter sans motifs valables et sérieux. Il est notamment admis qu'il le fasse, lorsque, dans son rapport, l'expert s'est contredit, lorsqu'il s'est écarté dans un rapport complémentaire de l'avis exprimé dans un premier rapport, lorsqu'une nouvelle expertise ordonnée aboutit à des conclusions différentes ou encore lorsqu'une expertise est fondée sur des pièces ou sur des témoignages dont la valeur probante ou le contenu sont appréciés différemment par le juge. Il faut donc que des circonstances bien établies viennent ébranler sérieusement la crédibilité de l'expertise pour que le juge puisse s'en écarter et il doit alors motiver sa décision sur ce point (ATF 133 II 384 c. 4.2.3; ATF 129 I 49 c. 4; ATF 128 I 81 c. 2; ATF 118 Ia 144 c. 1c ; ATF 107 IV 7 c. 5 p. 8 et les arrêts cités). Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, celui-ci doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper les doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise

non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst (ATF 118 la 144 c.1c p.146).

Selon le Tribunal fédéral, l'expertise privée n'a, en tant que telle, pas la même valeur probante que l'expertise ordonnée par le juge et elle constitue les simples allégations d'une partie. L'expert privé n'est pas considéré comme étant aussi indépendant et impartial que ne l'est un expert officiel puisqu'il se trouve dans une relation contractuelle avec la partie qui l'a mandaté et qu'il exprime une opinion personnelle sans que l'autorité lui ait rappelé les obligations incombant à l'expert officiel. L'on ne peut par conséquent attribuer la même valeur à cette opinion personnelle que celle qui est accordée à une expertise officielle, quand bien même l'expert est reconnu et expérimenté (ATF 132 III 83, c. 3.4; TF 6B\_49/2011 du 4 avril 2011, c. 1.4). Tout au plus l'expertise privée peut être utilisée pour mettre en évidence les défauts de l'expertise judiciaire (ATF 137 II 266, c. 3.2); elle ne saurait même en cas de divergence grave prévaloir sur une expertise judiciaire (TF 6B\_884/2014 du 8 avril 2015 c. 3.4.4 et les références citées).

**3.2** En l'espèce, plusieurs médecins se sont exprimés durant l'enquête quant à la prise en charge concrète de A.G.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_.

**3.2.1** Trois d'entre eux ont établi des rapports écrits. Seul le Dr A.\_\_\_\_\_ a été mis en œuvre par le Procureur, le 25 novembre 2011 (P. 70). Le Dr A.\_\_\_\_\_ a eu accès à quasi l'entier du dossier mais n'a pas eu connaissance des déclarations faites par la Prof W.\_\_\_\_\_. Il n'a travaillé que sur dossier et ne s'est entretenu ni avec les parents de l'enfant, ni avec les prévenues. Son rapport du 29 février 2012 (P. 74) a, seul, valeur d'expertise judiciaire. Il doit être complété par ses déclarations faites au Procureur, le 20 septembre 2012 (PV aud. n° 13), ainsi que celles faites devant les premiers juges, le 4 décembre 2013 (cf. PV jgt, p.43 ss). Le Dr A.\_\_\_\_\_ a en effet donné à ces occasions des précisions et rectifié certaines erreurs de traduction. Ainsi, les points peu clairs, voire contradictoires qui auraient pu donner lieu à discussion ont été éclaircis

dans le cadre de ces auditions auxquelles les parties ont assisté. Il convient de souligner en outre que le fait que le Dr A. \_\_\_\_\_ ait cru, par erreur, que le SMUR avait déjà envisagé le diagnostic de méningite (alors que cette indication ne résulte que d'un rapport de la REGA postérieur au décès), n'a aucune incidence sur la pertinence de ses appréciations, dès lors que le diagnostic différentiel de méningite a aussi été émis dans le Service de pédiatrie de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_.

En cours de procédure, les parties n'ont pas contesté ce rapport en requérant par exemple un complément d'expertise ou une deuxième expertise.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a pour sa part été mis en œuvre dans un cadre administratif, par le médecin cantonal, et il est intervenu avant que la procédure pénale ne débute. Dans le cadre de l'exécution de son mandat, il s'est entretenu avec les parties. Son objectivité ne fait pas de doute, même s'il n'a pas été chargé d'une expertise judiciaire proprement dite.

Le troisième avis médical écrit a été formulé par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui a eu accès aux pièces médicales mais pas à l'ensemble du dossier pénal, en particulier pas aux procès-verbaux d'audition. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a répondu à des questions qui lui ont été adressées par le défenseur d'I. \_\_\_\_\_. Il a un lien professionnel avec les prévenues, qu'il apprécie et qu'il a formées dans leur spécialité, étant très impliqué dans la formation des pédiatres dans le canton de Vaud. Il est également concerné par l'organisation des urgences pédiatriques dans le canton. Compte tenu de ces liens, le Dr N. \_\_\_\_\_ n'aurait pas pu fonctionner comme expert judiciaire dans le cadre de la présente affaire. Son avis ne saurait avoir valeur d'expertise.

**3.2.2** D'autres médecins ont été entendus lors de l'enquête et aux débats de première instance et ont été impliqués dans la prise en charge de l'enfant, en particulier les Dresses D. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, médecins assistantes auprès de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_,

neuro-pédiatre au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_, auquel le cas de A.G.\_\_\_\_\_ a été soumis par téléphone le 13 mai 2009 en début d'après-midi, et le professeur W.\_\_\_\_\_ au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_, qui s'est notamment occupée de A.G.\_\_\_\_\_ après son transfert dans cet établissement hospitalier.

**3.2.3** Dans l'appréciation des faits, il conviendra de tenir compte de tous ces éléments, qui donnent chacun un éclairage sur la prise en charge de l'enfant, tout en gardant à l'esprit que leur valeur probante diffère selon le type d'information fournie (renseignement médical général, avis sur la prise en charge de A.G.\_\_\_\_\_), la connaissance du dossier et le rôle que chacun a joué dans la procédure. Quoi qu'il en soit, et contrairement à ce que prétend l'intimée L.\_\_\_\_\_, on ne saurait mettre les avis de tous les médecins entendus sur le même niveau que le rapport de l'expert A.\_\_\_\_\_, qui demeure le seul expert judiciaire du dossier. Il convient de souligner enfin que c'est l'état général de l'enfant et sa prise en charge globale qui est déterminante et pas une donnée médicale ou un examen pris isolément, ceci depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'au décès.

**4.** Les appelants C.\_\_\_\_\_ et B.G.\_\_\_\_\_ font tout d'abord valoir que divers points de fait n'ont pas été établis à satisfaction dans le cas particulier.

**4.1** Ils relèvent tout d'abord que leur fille A.G.\_\_\_\_\_ est restée plus d'une heure aux urgences où elle n'a bénéficié d'aucun examen spécifique, en particulier qu'il n'a pas été procédé à un examen neurologique complet avant 15h30.

On ne saurait affirmer, comme le font les parents de l'enfant, que A.G.\_\_\_\_\_ n'a pas été prise en charge mais négligée. L'enfant a en effet été examinée dès son arrivée aux urgences par la Dresse D.\_\_\_\_\_, qui a constaté l'otite, vu et entendu les parents de l'enfant. Par la suite, A.G.\_\_\_\_\_ a été admise en service de pédiatrie, où elle a été accueillie par la Dresse E.\_\_\_\_\_ et sa prise en charge discutée en présence des

Dresses I.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. A la fin de cette discussion, l'enfant a encore été vue par les Dresses E.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Son hospitalisation a été décidée et une prise de sang ordonnée. Le premier examen neurologique complet, dont les résultats ont été consignés dans le dossier de la patiente, a effectivement été effectué à 15h30 par la Dresse L.\_\_\_\_\_. Cela ne veut toutefois pas dire que l'enfant n'a pas été examinée par les médecins jusque-là et le dossier atteste du contraire.

**4.2** Les parents se plaignent de ne pas avoir été écouté dans leurs inquiétudes.

Le dossier est muet sur ce point, ce qui n'a pas manqué de surprendre notamment le Dr N.\_\_\_\_\_, qui a exposé qu'un certain nombre de notes descriptives des infirmières et les mots des parents y étaient peu, voire pas du tout retranscrits, et manquaient au dossier médical (cf. jgt, p. 34). Les infirmières et les médecins ont toutefois fait état d'un dialogue avec les parents. On retiendra dès lors que ce dialogue a existé, même si la maman a eu l'impression qu'on cherchait surtout à la rassurer, sans prendre en compte ses inquiétudes.

**4.3** Les parents font valoir enfin que l'état de leur fille n'était pas stable vers 15h30, ni ultérieurement.

Lorsque A.G.\_\_\_\_\_ a été examinée par la Dresse L.\_\_\_\_\_, l'état de conscience était normal, avec un Glasgow à 15, et l'enfant ne présentait pas de signes méningés. Elle était légèrement tachypnéique.

Toutefois, plus tard, l'enfant a alterné les moments d'éveil et de sommeil. Elle a vomi. La tachypnée et la tachycardie ont persisté malgré une thérapie de volume. Il faut donc retenir avec l'expert que l'état instable de l'enfant a globalement persisté, même si son état neurologique s'était apparemment amélioré.

**5.** Tant le Ministère public que les parties plaignantes font valoir que c'est à tort que les premiers juges n'ont pas retenu l'infraction d'homicide par négligence à la charge d'I.\_\_\_\_\_ et de L.\_\_\_\_\_. Ils invoquent un abus de pouvoir d'appréciation quant à l'établissement des faits et, partant, une violation du droit (art. 398 al. 3 let. a CPP).

**5.1.** L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de cette infraction suppose la réunion de trois conditions: le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 c. 3; TF 6B\_512/2010 du 26 octobre 2010 c. 2.1).

**5.1.1** En l'occurrence, il n'est ni contestable, ni contesté que A.G.\_\_\_\_\_ est décédée au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ le 15 mai 2009. Seules les questions de l'existence de la négligence et du lien de causalité doivent être examinées.

**5.1.2** 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 c. 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 c. 2a p. 135, TF 6B\_369/2011 du 5 décembre 2011 c. 2.1 ; TF 6B\_748/2010 et 6B\_753/2010 du 23 décembre 2010 c. 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 c. 4.2.3 et les références citées).

L'infraction de lésions corporelles par négligence suppose en règle générale un comportement actif. Elle peut toutefois aussi être commise par un comportement passif contraire à une obligation d'agir (cf. art. 11 al. 1 CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit pas. Lorsque l'homicide par négligence résulte d'une omission (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 c. 6.2; ATF 134 IV 255 c. 4.2.1 ; TF 6B\_369/2011 du 5 décembre 2011 c. 2.1 ; TF 6B\_1/2011 du 31 août 2011 c. 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 c. 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 c. 3d/bb).

Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, 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, c. 3.3 et les réf. cit.).

**5.1.2.1** En l'occurrence, les premiers juges, après avoir souligné que l'hypothèse de la méningite n'avait pas été méconnue par les médecins de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, ont retenu que le fait que A.G.\_\_\_\_\_ faisait l'objet d'une récupération neurologique complète et d'un état de conscience préservé constituait une circonstance particulière, qui justifiait, lors de son admission dans le service de pédiatrie, le fait d'attendre et de se borner à surveiller son évolution. Ils se sont fondés en cela sur l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, qui a déclaré que, dès lors que l'enfant avait résolu sa symptomatologie neurologique, il se justifiait de procéder à une surveillance attentive mais non de faire des examens complémentaires, soit une ponction lombaire ou un scanner (cf. jgt, p. 33 et 81). Dans ces circonstances, le tribunal n'a pas retenu la violation du devoir de prudence à la charge des prévenues pour la période entourant l'admission à l'hôpital. Le même raisonnement a été appliqué quant à la prise en charge de l'enfant dans l'après-midi ou dans la soirée: dans l'après-midi, dans la mesure où il n'y avait ni signes méningés, ni signes neurologiques anormaux, ni autres éléments nouveaux, soit un état stable, la décision de maintenir le statu quo n'était pas constitutive d'une violation du devoir de diligence. Pour le reste, I.\_\_\_\_\_ avait, au milieu de la nuit, mis en place l'ensemble des mesures au plus vite, dans un laps de temps de l'ordre d'une heure et quart suivant son arrivée à l'hôpital, de sorte que l'existence d'une violation de son devoir de diligence ne pouvait non plus être retenue, étant précisé qu'il n'apparaissait pour le surplus pas possible de déterminer si l'administration d'un antibiotique une, deux, voire trois heures plus tôt aurait permis d'éviter la survenance du décès.

**5.1.2.2** Tant le Ministère public que B.G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ estiment que le tribunal a abusé de son pouvoir d'appréciation en considérant, au

vu des faits retenus, que les prévenues n'avaient pas contrevenu aux règles élémentaires de prudence. Les plaignants reprochent aussi aux premiers juges de s'être en cela écartés de l'avis de l'expert, sans motivation particulière.

En l'occurrence, il est constant - et les prévenues ne le contestent d'ailleurs pas - que l'une des causes possibles des symptômes que présentaient A.G.\_\_\_\_\_ était la méningite bactérienne. Cette hypothèse a été évoquée dans le diagnostic différentiel qu'elles ont posé lors de l'arrivée de l'enfant dans le service de pédiatrie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_. Elle n'a pas été évoquée précédemment: le pédiatre de l'enfant a certes mentionné cette affection dans son dossier mais n'a pas communiqué ce diagnostic au SMUR. Aux urgences, la méningite n'a pas été envisagée.

A la question de savoir si les médecins responsables avaient omis de prendre des mesures qui auraient nécessairement dû être prises lors de l'admission de l'enfant, l'expert judiciaire A.\_\_\_\_\_ a indiqué que le fait que l'état de A.G.\_\_\_\_\_ se soit amélioré spontanément et considérablement (disparition de la paralysie de l'hémiface gauche, réveil, comportement joueur) en quelques heures seulement, pourrait conduire à une réponse négative. En revanche, au vu des valeurs sanguines (leucocytose, CRP) qui étaient compatibles (mais pas probantes) avec une infection bactérienne et en raison du fait que l'enfant présentait toujours, malgré la diminution de la fièvre, une tachycardie et une tachypnée - éléments aussi compatibles avec une infection bactérienne et non avec une banale infection virale - parlaient en faveur d'une omission de la part des médecins. Ainsi, un comportement prudent, visant la sécurité et cherchant à éviter le pire (worst case scenario) aurait exigé, de l'avis de l'expert, la prise de mesures d'urgence telles une formule sanguine, CRP, hémoculture, antibiotiques empiriques, scanner, imagerie, voire ponction lombaire (cf. P. 74/3, réponse ad Q. 4). Devant le procureur, l'expert a précisé que, chez les enfants en bas âge, l'évolution pouvait être si foudroyante qu'il faudrait d'abord commencer par un traitement empirique avant d'observer l'évolution (cf. PV aud. n°13 du 20 septembre 2012, I.

151 s.). A ses yeux, même s'il n'existait pas de "guidelines" internes à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ recommandant la procédure à suivre lors d'épisodes de fièvres complexes - ce qui peut relever d'une erreur dans le déroulement des processus de l'hôpital - l'exclusion d'une méningite bactérienne dans le cadre de la médecine d'urgence relève de la plus grande priorité : il ressort du devoir de diligence individuelle du médecin traitant d'exclure la possibilité d'une méningite bactérienne lors d'accès de fièvre complexe, même si cette maladie ne se présente que dans moins d'un pour cent des cas accompagnés d'accès de fièvre complexe (cf. P. 74/3, ad Q. 18).

Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, il faut, face à un premier épisode de convulsions fébriles, maintenir un haut niveau de vigilance face à la possibilité d'une infection bactérienne du système nerveux central. Il rappelle à cet égard que la littérature médicale indique que la ponction lombaire doit être encore plus facilement exécutée lorsque l'enfant a moins de 12 mois ou si les convulsions sont complexes. Cela étant, vu l'existence chez A.G.\_\_\_\_\_ de convulsions fébriles complexes, d'un âge inférieur à 12 mois, d'examens complémentaires pathologiques (leucocytose et déviation gauche, avec CRP élevée, l'indication des examens complémentaires (ponction lombaire ou imagerie cérébrale) était clairement posée (Cf. P. 5, p. 9). Pour le Dr M.\_\_\_\_\_, si le diagnostic initial et le diagnostic différentiel sont corrects, il y a eu en l'espèce une certaine mésestimation de la gravité de la situation, ce qui a entraîné un retard dans la mise en route d'un traitement curatif (cf. P. 5, p. 14).

Le Dr N.\_\_\_\_\_ enfin a souligné que la décision de faire ou de ne pas pratiquer d'examens supplémentaires ou de mettre ou ne pas mettre A.G.\_\_\_\_\_ sous antibiotique durant l'après-midi d'observation à l'hôpital ou même d'emblée lors de son arrivée dépendait de l'évaluation de son état clinique; à cet égard, les éléments objectifs du dossier ne permettaient pas selon lui de dire que l'état clinique de l'enfant nécessitait d'aller plus rapidement avec les examens ou la mise sous antibiotique. Selon lui, les paramètres relevés (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle et temps de recoloration cutané) durant le début du séjour de l'enfant à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ (soit de 11h40 à 20h) ne

permettaient pas d'affirmer que A.G.\_\_\_\_\_ était en état de pré-choc. Une surveillance attentive était suffisante à ses yeux (cf. jgt, pp 81-82).

Les avis des médecins brièvement rappelés ci-dessus divergent mais, contrairement à ce qu'affirment les intimées, les Drs A.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ n'ont pas ignoré le fait que l'enfant avait presque complètement récupéré en arrivant à l'hôpital. C'est l'importance à apporter à cette récupération qui donne lieu à la divergence des points de vue. Même si l'état de A.G.\_\_\_\_\_ semblait s'être amélioré lors de son entrée dans le service de pédiatrie - seule une très légère parésie faciale étant encore visible à ce moment-là - cette récupération, de l'avis de tous, a été lente (env. 3h). De plus, A.G.\_\_\_\_\_ est arrivée à l'hôpital alors qu'elle avait connu des épisodes de fièvre depuis trois jours, qu'une otite débutante avait été diagnostiquée par son pédiatre et qu'elle avait déjà fait deux épisodes de convulsions fébriles, en particulier celui qui l'avait conduite à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, épisode qui avait duré quelque 45 minutes. Lors de sa prise en charge par le SMUR, A.G.\_\_\_\_\_ avait reçu une médication lourde, qui pouvait rendre l'évaluation des signes cliniques plus difficile. La prise de sang, effectuée peu après midi, a révélé une leucocytose et une CRP élevée. Malgré la diminution de la fièvre, l'enfant présentait toujours une tachypnée et une tachycardie, éléments qui étaient compatibles avec une infection bactérienne. Dans ces circonstances, le risque vital lié à la méningite devait être exclu à tout prix, au vu du caractère foudroyant de cette maladie, en particulier chez un enfant en bas âge. Rien ne permet de s'écarter ici des conclusions claires de l'expertise judiciaire sur ce point. Il faut donc retenir qu'en attendant sans investiguer plus avant ou en ne donnant pas des antibiotiques, d'emblée, les médecins responsables de A.G.\_\_\_\_\_ dès son entrée à l'hôpital aux urgences, puis au service de pédiatrie, ont violé leur devoir de prudence, en prenant un risque inexcusable. En effet, L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ avaient envisagé, parmi plusieurs maladies nettement moins graves, la possibilité d'une méningite, maladie mortelle. Même si elles considéraient cette possibilité comme peu probable, voire très peu probable dès lors que A.G.\_\_\_\_\_ avait récupéré sur le plan neurologique (PV. aud. n° 9, l. 421 et 485), elles n'ont néanmoins pas

exclu formellement ce doute et, partant, elles ont commis une faute. L'existence de ces doutes dans l'esprit des prévenues est démontrée par plusieurs éléments: le diagnostic différentiel, les téléphones au CHUV, l'examen neurologique de 15 h 30. Le choix de l'inaction est en effet indéfendable dès lors que l'on sait que la méningite peut évoluer de manière foudroyante et que des gestes salvateurs seraient faciles et sûrs (traitement empirique par antibiotiques et/ou examens complémentaires). On doit voir là une violation du devoir de diligence des deux prévenues, qui ont choisi d'oublier leurs doutes, plutôt que d'exclure formellement, une fois pour toutes, la possibilité d'une méningite, dès les premières heures de la prise en charge.

**5.1.2.3** A supposer que l'on considère qu'au vu de la récupération neurologique constatée, l'attente était possible, il n'en demeure pas moins que la prise de risque qui consistait à ne pas donner immédiatement des antibiotiques ou investiguer devait donner lieu à une vigilance particulière. Or, la possibilité que l'enfant ait une méningite a été oubliée après l'examen neurologique de 15h30-16 heures, comme cela ressort notamment clairement des déclarations des prévenues. Celle que A.G.\_\_\_\_\_ puisse développer cette maladie n'a pas du tout été envisagée par le personnel soignant au cours de l'après-midi et de la soirée. L'infirmière H.\_\_\_\_\_, qui a quitté le service de pédiatrie à 20h, a ainsi dit à sa collègue J.\_\_\_\_\_ que l'enfant était hospitalisée pour une gastro-entérite avec convulsions. Malgré une leucocytose et une CRP déjà élevée en début d'après-midi, cette analyse n'a pas été répétée en fin d'après-midi ou en cours de soirée. De même, aucun examen neurologique complet, tel que celui réalisé par la Dresse L.\_\_\_\_\_ vers 15h30, n'a été reconduit. La surveillance aux heures des paramètres vitaux n'incluait pas un tel examen et aucune investigation complémentaire n'a été ordonnée. De plus, depuis 19 heures, A.G.\_\_\_\_\_ dormait. Son état de conscience n'a pas été évalué. Il était pourtant difficile de faire la distinction entre l'endormissement dû à la médication et celui lié à une infection du système nerveux central. Les problèmes respiratoires n'ont par ailleurs pas été investigués, seul le rhume et le risque de déshydratation étant traités. Tous les signes de détérioration de

l'état de A.G.\_\_\_\_\_ (tachycardie, tachypnée, vomissements), même s'ils n'étaient pas en eux-mêmes des signes de méningite, étaient des signaux d'alerte. Or, ils n'ont entraîné aucune réaction, le diagnostic de méningite n'étant plus évoqué. Lorsque la tachypnée est devenue "franchement pathologique" vers 18h-20h, selon les dires du Dr N.\_\_\_\_\_ lui-même (cf. jgt, p. 33), rien n'a été entrepris non plus. Les gestes simples, tels qu'une analyse sanguine, la vérification de l'état de conscience de l'enfant ou un examen neurologique complet, n'ont pas été faits. En tenant compte du diagnostic différentiel et de l'état de l'enfant au cours de l'après-midi, il aurait fallu procéder à des vérifications complémentaires avant 2 heures du matin. Cette surveillance insuffisante mise sur pied par les deux prévenues constitue aussi une violation du devoir de prudence.

Pour le surplus, il ne fait pas de doute que les Dresses I.\_\_\_\_\_, médecin cadre, et L.\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique adjointe, occupaient une position de garantes envers A.G.\_\_\_\_\_, jeune patiente dans l'hôpital où elles étaient de garde. Certes, L.\_\_\_\_\_ n'a travaillé le 13 mai 2009 que de 8h à 18h et on ne saurait lui imputer des manquements aux heures où elle ne travaillait pas. Toutefois, avant de quitter son service, elle n'a pas mis sur pied, avec la Dresse I.\_\_\_\_\_, une surveillance qui permettait d'exclure un risque mortel, risque qui avait été évoqué. Quant à cette dernière, elle n'a, au cours de l'après-midi ou de la soirée, donné aucune instruction pour vérifier l'état de l'enfant qui tienne compte d'une possible méningite. Même lorsque les convulsions ont repris au cours de la nuit, elle a continué à privilégier le diagnostic de virose, sans prévoir l'administration d'antibiotiques d'emblée, malgré l'état neurologique perturbé, avec signes d'asymétrie et trouble de l'état de conscience. Ceux-ci ont été donnés peu après 5 heures du matin, après la mise en œuvre du scanner et de la prise de sang. Contrairement à qu'a retenu le tribunal de première instance, il faut admettre avec l'expert que les mesures nécessaires ont été prises avec retard ou, à tout le moins, qu'elles n'ont pas été exécutées dans le bon ordre, la priorité, une fois l'aggravation de l'état neurologique constatée, étant l'administration d'un antibiotique par intraveineuse.

**5.1.3** Enfin, 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.

Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non. Selon la jurisprudence, il y a causalité adéquate lorsque l'acte incriminé est propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 131 IV145 c. 5.1; ATF 127 IV 62 c. 2d; ATF 126 IV 13 c. 7a/bb et les arrêts cités). Face à une infraction de commission par omission où l'on reproche à l'auteur son inaction fautive, la problématique du lien de causalité entre l'omission et le résultat dommageable se pose sous un angle quelque peu différent. Dans ce contexte, il faut être à même de mettre en exergue un lien de causalité hypothétique entre le comportement que l'auteur aurait dû adopter et le résultat typique. Il s'agit d'établir avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude, que l'accomplissement de ce que l'auteur a omis d'exécuter contrairement aux devoirs qui lui incombaient aurait permis d'éviter la survenance du résultat, conformément à la théorie de la vraisemblance (Dupuis et al. [éd.], op.cit., n. 12 ad art. 117 CP ainsi que les références citées).

En l'occurrence, le lien de causalité est établi à satisfaction de droit, selon un haut degré de vraisemblance. En effet, selon l'expert, il est plus que probable qu'en cas de diagnostic rapide de méningite bactérienne, le décès aurait pu être évité; il relève que selon les études à ce sujet, le seuil de létalité d'une méningite à pneumocoques est entre 5-30% et, en Suisse, en dessous de 10%. Des conséquences neurologiques subséquentes tardives surviennent auprès de 25-50% des survivants (cf. P. 74/3, R. ad Q.17). Il peut aussi être fait référence sur ce point à l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin responsable des soins intensifs de pédiatrie au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ qui indique, à la question de savoir si un pneumocoque peut être facilement éradiqué, que si le traitement antibiotique est commencé à temps, il n'a pas de souvenir d'une résistance au traitement au cours de ces 20 dernières années (Cf. PV. aud.

n° 10, l. 110 ss). On doit en l'espèce admettre que, si les prévenues ne s'étaient pas contentées, après avoir envisagé la possibilité d'une méningite, de considérer celle-ci comme peu probable, mais avaient pris la peine d'exclure tout risque en donnant des antibiotiques à l'enfant ou en faisant des examens complémentaires, A.G.\_\_\_\_\_ n'aurait selon toute vraisemblance pas succombé à la méningite. Il en va de même en fin d'après-midi et au cours de la soirée, si une surveillance suffisante avait été mise sur pied, qui aurait permis de faire des vérifications et d'administrer des antibiotiques.

**5.2** Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, c'est à tort que les premiers juges n'ont pas retenu l'infraction d'homicide par négligence à la charge d'I.\_\_\_\_\_ et de L.\_\_\_\_\_. Les appels du Ministère public ainsi que de B.G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ doivent être admis sur ce point.

**6.** Les prévenues étant reconnues coupables, il appartient à la Cour de céans de fixer la peine à infliger à I.\_\_\_\_\_ et à L.\_\_\_\_\_.

**6.1** Selon l'art. 47 CP, le juge fixe la peine d'après la culpabilité de l'auteur. Il prend en considération les antécédents et la situation personnelle de ce dernier ainsi que l'effet de la peine sur son avenir (al. 1). La culpabilité est déterminée par la gravité de la lésion ou de la mise en danger du bien juridique concerné, par le caractère répréhensible de l'acte, par les motivations et les buts de l'auteur et par la mesure dans laquelle celui-ci aurait pu éviter la mise en danger ou la lésion, compte tenu de la situation personnelle et des circonstances extérieures (al. 2).

La culpabilité de l'auteur doit être évaluée en fonction de tous les éléments objectifs pertinents, qui ont trait à l'acte lui-même, à savoir notamment la gravité de la lésion, le caractère répréhensible de l'acte et son mode d'exécution. Du point de vue subjectif, sont pris en compte l'intensité de la volonté délictuelle ainsi que les motivations et les buts de l'auteur. A ces composantes de la culpabilité, il faut ajouter les facteurs liés à l'auteur lui-même, à savoir les antécédents, la réputation, la

situation personnelle (état de santé, âge, obligations familiales, situation professionnelle, risque de récidive, etc.), la vulnérabilité face à la peine, de même que le comportement après l'acte et au cours de la procédure pénale. Pour fixer la peine, le juge dispose d'un large pouvoir d'appréciation. Il y a toutefois violation du droit fédéral lorsque le juge sort du cadre légal, se fonde sur des critères étrangers à la loi, omet de prendre en considération des éléments d'appréciation prévus par cette disposition ou, enfin, si la peine qu'il prononce est exagérément sévère ou clémente au point de constituer un abus du pouvoir d'appréciation (ATF 134 IV 17 c. 2.1; ATF 129 IV 6 c 6.1).

**6.2** En l'espèce, au vu de l'ensemble des circonstances, la peine symbolique de 30 jours-amende, avec sursis pendant deux ans, proposée par le Ministère public dans son mémoire d'appel, pour chaque prévenue, est adéquate. Compte tenu de leurs moyens financiers respectifs, le montant du jour-amende sera fixé à 100 fr. pour I. \_\_\_\_\_ et à 70 fr. pour L. \_\_\_\_\_.

## **7.**

**7.1** Aux termes de l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille une indemnité équitable à titre de réparation morale.

L'ampleur de la réparation morale prévue par cette disposition légale dépend avant tout de la gravité des souffrances physiques ou psychiques consécutives à l'atteinte subie par l'ayant droit et de la possibilité d'adoucir sensiblement, par le versement d'une somme d'argent, la douleur morale qui en résulte. Sa détermination relève du pouvoir d'appréciation du juge. En raison de sa nature, l'indemnité pour tort moral, qui est destinée à réparer un dommage ne pouvant que difficilement être réduit à une simple somme d'argent, échappe à toute fixation selon des critères mathématiques, de sorte que son évaluation en

chiffres ne saurait excéder certaines limites. L'indemnité allouée doit toutefois être équitable. Le juge en proportionnera donc le montant à la gravité de l'atteinte subie et évitera que la somme accordée n'apparaisse dérisoire à la victime; s'il s'inspire de certains précédents, il veillera à les adapter aux circonstances actuelles pour tenir compte de la dépréciation de la monnaie.

Pour fixer le montant de l'indemnité prévue à l'art. 47 CO, la comparaison avec d'autres affaires doit se faire avec prudence, dès lors que le tort moral touche aux sentiments d'une personne déterminée dans une situation donnée et que chacun réagit différemment au malheur qui le frappe. Cela étant, une comparaison n'est pas dépourvue d'intérêt et peut être, suivant les circonstances, un élément utile d'orientation (cf. ATF 125 III 269 c. 2a).

Pour la perte d'un enfant mineur, les tribunaux allouent généralement à chacun des deux parents une indemnité de 30'000 fr. (cf. Hütte/Ducksch/Guerrero, Die Genugtuung, Eine tabellarische Übersicht über Gerichtsentscheide, 3<sup>e</sup> éd., état août 2005, affaires jugées en 2001 ou 2002, III/3 à III/4; affaires jugées de 2003 à 2005, III/4 à III/6; TF 6B\_369/2012 du 28 septembre 2012). Des montants supérieurs ont parfois été accordés à des mères de jeunes enfants qui avaient assisté à l'accident, notamment à celle d'un enfant de deux ans et demi, qui s'était, en plus, intensivement occupé de celui-ci durant les neuf mois qui s'étaient écoulés entre l'accident et le décès (cf. Hütte/Ducksch/Guerrero, op. cit., affaires jugées en 2001 et 2002, III/6).

**7.2** En l'espèce, B.G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ réclament chacun l'octroi d'un montant de 50'000 fr. à titre d'indemnité pour tort moral.

Les appelants ont vécu la perte de leur enfant, âgée de seulement onze mois, et portent en eux le terrible sentiment de ne pas avoir su la protéger. Leur souffrance est indicible. Aussi douloureux et marquant que soit le décès d'un enfant, il convient, au vu de l'ensemble des circonstances, et conformément à la jurisprudence, de fixer à 30'000

fr. le montant de l'indemnité allouée à chacun des parents de A.G.\_\_\_\_\_, à titre de réparation du tort moral.

## **8.**

**8.1** En définitive, l'appel du Ministère public et celui des parties plaignantes doivent être admis. Le jugement entrepris sera réformé dans le sens des considérants. Vu leur condamnation, les prévenues n'ont plus droit à une indemnité pour la défense de leur intérêts au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP et devront également supporter les frais de justice de première instance, de 21'300 fr. 30, chacune par moitié.

**8.2** Vu l'issue de la cause, les frais de la présente procédure, constitués du seul émolument d'arrêt, par 5'690 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]), doivent être supportés par I.\_\_\_\_\_, et par L.\_\_\_\_\_, par moitié chacune.

S'agissant des frais, le dispositif envoyé aux parties à l'issue de l'audience comporte deux inadvertances manifestes au sens de l'art. 83 CPP qu'il y a lieu de rectifier d'office. En effet, les prévenues n'ont pas à supporter les frais de première instance et d'appel solidairement entre elles, mais chacune pour moitié (cf. ch. VII du jugement de première instance et IV du jugement d'appel).

**8.3** Les plaignants ont requis l'octroi d'une indemnité de 42'487 fr. 20 pour les dépenses occasionnées par la procédure en première instance. Ils ont également requis l'octroi d'une indemnité de dépens pour la procédure d'appel, qu'ils n'ont cependant pas chiffrée.

Aux termes de l'art. 433 CPP, la partie plaignante peut demander au prévenu une juste indemnité pour les dépenses obligatoires occasionnées par la procédure lorsqu'elle obtient gain de cause (al. 1 let. a) ou si le prévenu est astreint au paiement des frais conformément à l'art. 426, al. 2 (al. 1 let. b). La partie plaignante adresse ses prétentions à l'autorité pénale; elle doit les chiffrer et les justifier. Si elle ne s'acquitte

pas de cette obligation, l'autorité pénale n'entre pas en matière sur la demande (al. 2).

En l'occurrence, compte tenu de l'importance de la cause, l'indemnité requise telle qu'elle résulte de la note d'honoraires établie par Me Cereghetti Zwahlen, conseil de B.G.\_\_\_\_\_ et de C.\_\_\_\_\_ en première instance, par 42'487 fr. 20, est justifiée et doit être allouée au titre des frais de défense engagés en première instance. Elle doit être mise à la charge solidaire des prévenues. Les plaignants, s'ils ont requis l'octroi d'une indemnité en deuxième instance, ne l'ont cependant pas chiffrée, de sorte qu'aucun montant ne doit leur être alloué à ce titre (art. 433 al. 2 CPP).

Par ces motifs,  
la Cour d'appel pénale,  
appliquant les art. 34, 42, 44, 47, 50, 117 CP et 398 ss CPP,  
prononce :

- I. L'appel de C.\_\_\_\_\_ et de B.G.\_\_\_\_\_ est admis.
- II. L'appel du Ministère public est admis.
- III. Le jugement rendu le 6 décembre 2013 par le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Côte est modifié aux chiffres I à VI de son dispositif ainsi que par l'adjonction de chiffres Ibis, IIbis et VII, le dispositif du jugement étant désormais le suivant :
  - I. Constate que L.\_\_\_\_\_ s'est rendue coupable d'homicide par négligence;*
  - Ibis. Condamne L.\_\_\_\_\_ à une peine de 30 (trente) jours-amende, le montant du jour-amende étant fixé à 70 (septante) fr., avec sursis pendant 2 (deux) ans;*

II. Constate qu'I.\_\_\_\_\_ s'est rendue coupable d'homicide par négligence;

IIbis. Condamne I.\_\_\_\_\_ à une peine de 30 (trente) jours-amende, le montant du jour-amende étant fixé à 100 (cent) fr., avec sursis pendant 2 (deux) ans;

III. Dit que L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ sont les débitrices, solidairement entre elles, de C.\_\_\_\_\_ d'un montant de 30'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 16 mai 2009, et de B.G.\_\_\_\_\_ d'un montant de 30'000 fr., avec intérêts à 5% l'an dès le 16 mai 2009, à titre de réparation du tort moral;

IV. supprimé;

V. supprimé;

VI. Alloue à C.\_\_\_\_\_ et à B.G.\_\_\_\_\_ une indemnité de 42'487 fr. 20, valeur échue, pour les dépenses obligatoires occasionnées par la procédure de première instance, à la charge de L.\_\_\_\_\_ et d'I.\_\_\_\_\_, solidairement entre elles.

VII. Dit que les frais de la procédure, arrêtés à 21'300 fr. 30, sont mis par moitié à la charge de L.\_\_\_\_\_ et par moitié à la charge d'I.\_\_\_\_\_."

**IV.** Les frais d'appel, par 5'690 fr., sont mis à la charge de L.\_\_\_\_\_ et d'I.\_\_\_\_\_, chacune par moitié.

**V.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

**Du 10 mars 2015**

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 :

- M. Jacques Michod, avocat (pour I. \_\_\_\_\_),
- M. Christophe Diserens, avocat (pour L. \_\_\_\_\_),
- M. Joël Crettaz, avocat (pour B.G. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Présidente du Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Côte,
- M. le Procureur du Ministère public central, Division affaires spéciales, contrôle et mineurs,
- Service de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110). 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 :