

Intervention chirurgicale et causalité mortelle, ou de la répartition des responsabilités entre l'interne et son patron

(Crim. 10 février 2009, n° 08-80.679, à paraître au Bull. crim., AJ pénal 2009. 224, obs. J.-R. Demarchi )

Yves Mayaud, Professeur à l'Université Panthéon-Assas Paris II

La causalité est l'élément clé de la réforme opérée par la loi du 10 juillet 2000 relative aux délits non intentionnels. Elle est cette donnée par laquelle passe la dépénalisation voulue par le législateur, afin de ne pas faire de ces délits les instruments d'une répression systématique, fondée sur des éléments plus proches de la responsabilité civile que de la responsabilité pénale. C'est dire combien son appréciation est déterminante, entraînant avec elle tous les espoirs fondés sur une réforme inspirée par un souci de réalisme et de justice à la fois. Aussi l'analyse doit-elle s'appuyer sur toutes les espèces permettant de mieux en appréhender le principe, surtout lorsque la Chambre criminelle elle-même se prononce par un arrêt de cassation : le droit ne peut alors que s'enrichir d'une référence sensible, et il appartient à l'interprète de lui donner toute la portée qu'elle mérite.

C'est précisément le cas pour les circonstances ayant donné lieu au présent arrêt, tirées d'une situation quotidienne, puisqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale pratiquée par plusieurs opérateurs. La question fut posée de savoir si la mort de la patiente pouvait être attribuée de façon différenciée sur le plan causal, et sur quels indices pareille solution pouvait être retenue. La malade était décédée lors d'une coelioscopie pratiquée en vue de rechercher l'origine de douleurs pelviennes. L'opération avait été conduite par une interne de l'hôpital sous la direction du gynécologue en titre. Il était établi que la mort était due à une hémorragie secondaire à une plaie chirurgicale de l'aorte, provoquée par l'incision sous-ombilicale effectuée par l'interne dès le début de l'intervention. Infirmant l'ordonnance de non-lieu rendue par le magistrat instructeur, la chambre de l'instruction a décidé de renvoyer devant le tribunal correctionnel, du chef d'homicide involontaire, l'interne et son patron, la première pour avoir directement causé la mort de la patiente, le second pour l'avoir indirectement causée en commettant une faute caractérisée. L'interne a été relaxée et le gynécologue déclaré coupable. Ce dernier a alors interjeté appel, de même que, contre lui seul, le ministère public et les parties civiles. Saisie du dossier, la cour de Versailles se prononça pour la relaxe, puis se déclara incompétente pour connaître des demandes en réparation. Un pourvoi fut formé par les parties civiles, qui contestèrent l'irresponsabilité du prévenu.

C'est essentiellement sur la causalité que la démonstration fut avancée. La cour d'appel, en effet, a fondé sa décision sur l'absence de faute caractérisée imputable au prévenu, ayant jugé que l'incision cutanée, premier geste de la coelioscopie, était responsable de la plaie vasculaire, que l'aorte était directement sous la peau, que l'excès de pénétration de la pointe de la lame avait pu facilement passer inaperçue, que le saignement inhabituel constaté avait été attribué à la blessure d'un vaisseau pariétal, que le praticien avait eu la conviction que l'accident ne pouvait être d'origine chirurgicale, toutes considérations qui ont abouti à sa reconnaissance tardive, le prévenu n'ayant pas réalisé immédiatement qu'il était en présence d'une hémorragie interne due à l'acte pratiqué par son interne sous son contrôle. Et d'en déduire le caractère « exceptionnel » de la complication, d'autant plus exceptionnelle qu'elle n'apparaissait pas dans la littérature consacrée aux accidents en rapport avec ce type d'opération, même si, en sa qualité d'étudiant, le prévenu avait fait sa thèse sur les coelioscopies, et que, depuis, il avait acquis une expérience certaine. Une faute pénale caractérisée n'était donc pas établie, le retard ou l'erreur de diagnostic constaté ne pouvant

être considéré comme fautif au regard des données de la connaissance médicale.

On saisit de suite la portée de cette décision, qui, en rapport avec la causalité indirecte dont le gynécologue avait à répondre, ne pouvait que l'exonérer de toute responsabilité, seule une faute qualifiée étant prise en compte en dehors d'un dommage direct. Mieux encore, à suivre les motifs de la juridiction, le lien causal faisait apparemment défaut, la cour d'appel ayant considéré qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'une reconnaissance plus précoce de l'accident eût permis de sauver la victime, le retard du traitement lié à la découverte tardive de l'origine du saignement ayant constitué davantage une perte de chance de survie que le résultat mortel imputé au médecin. C'est dire que, de l'avis des magistrats du fond, tout se conjugua pour déclarer les poursuites infondées, et que, de l'absence de causalité à la causalité indirecte, il n'était pas possible de leur donner la dimension répressive que les parties civiles en attendaient. Le pourvoi devait convaincre la Cour de cassation du contraire. Il démontra que la responsabilité du prévenu ne pouvait qu'être directe, et ce pour deux raisons.

Le premier argument est tiré d'une logique de comparaison, qui consiste à retenir l'état du patient à l'entrée de l'hôpital, afin d'en retirer la preuve que seule l'intervention elle-même a pu générer la mort qui a suivi : « les actes chirurgicaux maladroits sur un patient qui ont entraîné son décès, alors que son état n'aurait pas spontanément connu une évolution aussi tragique sont en lien de causalité directe avec la mort de celui-ci ». Appliquée à l'espèce, cette affirmation devait conduire à reconnaître que la mort de la patiente avait pour cause directe l'opération elle-même : entrée en consultation pour de simples douleurs pelviennes, la victime n'était sujette à aucun danger immédiat, et son décès ne pouvait que s'imposer comme la conséquence directe de l'incision cutanée maladroite pratiquée pendant l'intervention. La cour d'appel avait donc le devoir de requalifier les faits de la prévention en recherchant si le prévenu avait commis une faute simple et non une faute caractérisée.

Le second argument est déduit de la relation particulière entre le médecin gynécologue et son interne. Le moyen insiste sur le fait que l'opération avait été réalisée « à la demande et sous la responsabilité » du prévenu, à qui il appartenait de contrôler le geste de son étudiante, si bien que la défaillance à ce titre, ajoutée à son retard de diagnostic, avait causé directement le décès. Cette présentation est une manière de rebondir sur le caractère direct de la causalité, telle qu'elle avait été présentée au soutien des poursuites et de la prévention d'homicide involontaire contre l'interne. Souligner que cette dernière était sous l'autorité du prévenu, c'est faire ressortir que le praticien était en quelque sorte représenté dans l'acte opératoire, et que toutes les conséquences négatives, dans les termes de la loi, y compris sur le terrain de la causalité, lui étaient pareillement imputables. C'est pourquoi, en recherchant l'existence d'une faute caractérisée au lieu d'une faute simple, la cour d'appel était dénoncée comme n'ayant pas déduit les conséquences légales de ses constatations.

Tout en retirant du cumul des défaillances imputables au prévenu, attachées à ses qualités d'initiateur, de responsable et de superviseur de l'opération, l'existence d'une faute caractérisée, le pourvoi abondait donc dans le sens de la reconnaissance d'une causalité directe, et de la possibilité de retenir une simple faute, en termes de défaut de diligences normales, pour en sanctionner le principe. La Chambre criminelle lui donne raison, estimant que, en s'étant déterminée comme elle l'avait fait, « sans rechercher si le prévenu, auquel il incombait de contrôler l'acte pratiqué par l'interne, n'avait pas commis une faute entretenant un lien direct de causalité avec la mort de la patiente », la cour d'appel n'avait pas justifié sa décision. La réponse est sûre : parce que la causalité pouvait être directe, les juges du fond ne devaient pas s'en tenir à l'absence de faute caractérisée, la qualification d'homicide involontaire devant être examinée sous tous ses aspects, ce qui les obligeait à ne pas négliger l'éventualité d'une causalité directe en rapport avec une faute ordinaire. La décision est en conséquence cassée et annulée, en ses dispositions relatives à l'action civile, et l'affaire est renvoyée devant la cour d'appel de Paris.

Cette cassation nous semble doublement fondée.

Elle est d'abord conforme à une solution classique, qui veut que : « Le juge correctionnel, qui n'est pas lié par la qualification donnée à la prévention, ne peut prononcer une décision de

relaxe qu'autant qu'il a vérifié que les faits dont il est saisi ne sont constitutifs d'aucune infraction » (Crim. 22 janv. 1997, Bull. crim. n° 31 ; Dr. pénal 1997. 78, obs. M. Véron ; 2 juin 1999, Dr. pénal 2000. 2, obs. M. Véron ; 28 mars 2000, Bull. crim. n° 138 ; 31 mai 2005, Dr. pénal 2005, comm. 149, obs. J.-H. Robert ; 11 mai 2006, Bull. crim. n° 131 ; Gaz. Pal. 2006. 2. Somm. 4153, note Monnet). Appliqué à notre espèce, ce principe revient à dire qu'une relaxe ne pouvait être acquise que si les magistrats avaient fait le tour complet de la qualification d'homicide involontaire, laquelle ne tient pas seulement à une faute caractérisée en rapport avec une causalité indirecte, mais peut être encore retenue sur une faute simple ayant directement généré le dommage. C'était donc sous ces deux angles que la prévention devait être examinée, afin de la confronter à la réalité des faits soumis à l'appréciation de la juridiction.

Ensuite, et peut-être surtout, la solution que consacre la Chambre criminelle rejoint une espèce voisine, qui donna lieu également à cassation, et que nous avons rapportée dans ces colonnes, relative au décès d'un patient après une thyroïdectomie pratiquée par un chirurgien, chef de service, assisté d'un interne (Crim. 3 mai 2006, Bull. crim. n° 117 ; D. 2007. Pan. 1457, obs. J. Penneau ; AJ pénal 2006. 308, obs. G. Roussel ; Gaz. Pal. 2006. 2. Somm. 4073, note David ; cette Revue 2006. 827, obs. Y. Mayaud). La question s'était pareillement posée de la responsabilité respective des deux intervenants, et nous avons fait état des dispositions de l'article R. 6153-3 du code de la santé publique : « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». Autrement dit, lorsque l'exercice de cette substitution passe par des défaillances sensibles, constitutives d'homicide involontaire ou de coups et blessures par imprudence, la manière de les envisager au regard du délégant est en quelque sorte dictée par l'approche des faits tels qu'ils ont été commis par le délégataire. C'est un peu cette idée que consacre la Cour de cassation : en retenant la possibilité d'une causalité directe pesant sur le gynécologue, elle en fait un responsable à la mesure des gestes de son interne.

Mots clés :

RESPONSABILITE PENALE * Responsabilité médicale * Equipe médicale * Chirurgien * Interne * Homicide involontaire

HOMICIDE * Homicide involontaire * Chirurgien * Interne