



EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

CINQUIÈME SECTION

DÉCISION

SUR LA RECEVABILITÉ

de la requête n° 45325/06
présentée par Pascal et Céline LOPEZ
contre la France

La Cour européenne des droits de l'homme (cinquième section), siégeant le 2 février 2010 en une chambre composée de :

Peer Lorenzen, *président*,
Jean-Paul Costa,
Karel Jungwiert,
Rait Maruste,
Mark Villiger,
Isabelle Berro-Lefèvre,
Mirjana Lazarova Trajkovska, *juges*,

et de Claudia Westerdiek, *greffière de section*,

Vu la requête susmentionnée introduite le 30 octobre 2006,

Après en avoir délibéré, rend la décision suivante :

EN FAIT

Les requérants, M. Pascal Lopez et M^{me} Céline Lopez, sont un couple de ressortissants français, nés respectivement en 1969 et 1970 et résidant à Flayosc. Ils sont représentés devant la Cour par M^e C. Ravaz, avocate à Toulon.

A. Les circonstances de l'espèce

Les faits de la cause, tels qu'ils ont été exposés par les requérants, peuvent se résumer comme suit.

1. Les faits

Les requérants sont les parents de L., né le 24 septembre 1999 et décédé le 10 décembre 2002.

Le 25 octobre 2002, il fut opéré d'une hernie inguinale au centre hospitalier de Draguignan. Le 8 décembre au soir, il eut de la fièvre. Le lendemain matin, il fut examiné par le médecin traitant, le D^r G., qui diagnostiqua une gastro-entérite et prescrivit des médicaments.

L'après-midi, la requérante se rendit chez le pédiatre, le D^r DG, pour amener sa plus jeune fille en consultation. Elle amena également L. qui vomit dans la voiture et dans le cabinet du médecin. Sans examiner l'enfant, le D^r DG s'informa du diagnostic porté par le D^r G. le matin même et conseilla de respecter le traitement prescrit. Le lendemain matin, 10 décembre 2002, L. avait la fièvre, les lèvres violacées, des sueurs froides et des maux de ventre. Le D^r G. l'examina à domicile et décida de le faire hospitaliser immédiatement à l'hôpital de Draguignan. A sa demande, le requérant revint du travail et accompagna son fils à l'hôpital, où il fut pris en charge par le service de pédiatrie. En fin de matinée, l'hôpital de Draguignan contacta successivement l'hôpital l'Archet, qui ne disposait pas de place, puis l'hôpital Lenval de Nice, pour le faire admettre en service de réanimation. L'état de L. s'aggrava à partir de 12 h ; il fut admis à l'hôpital Lenval à 13 h 45 dans un état préoccupant et décéda à 14 h 45.

Le D^r D., qui avait prodigué des soins à l'enfant à l'hôpital Lenval, évoqua l'idée d'un choc septique, très probablement d'origine digestive.

2. L'enquête préliminaire

Les requérants portèrent plainte contre X. le 11 décembre 2002.

Le parquet près le tribunal de grande instance de Draguignan ouvrit une enquête de flagrance du chef d'homicide involontaire. Le procureur ordonna une autopsie, des analyses toxicologiques et une expertise anatomo pathologique.

Le médecin légiste indiqua que les données du dossier médical évoquaient un choc septique dont l'origine pouvait être appendiculaire. L'autopsie conclut à l'absence de lésion organique, ainsi qu'à la présence de selles diarrhéiques et d'un syndrome bronchitique.

L'examen histologique mit en évidence notamment une pyélonéphrite aiguë bilatérale extrêmement sévère liée à une infection à cocci Gram positif ; l'expert conclut que les lésions rénales observées étaient suffisamment sévères pour avoir entraîné un état septique diffus contribuant au décès.

Les différents médecins (généraliste, pédiatres, chef du service de réanimation) qui s'étaient occupés de l'enfant furent entendus.

3. L'information judiciaire pour homicide involontaire

Le 6 mars 2003, le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Draguignan requit l'ouverture d'une information judiciaire pour homicide involontaire et un juge d'instruction fut désigné le même jour. Les requérants se constituèrent parties civiles.

Les requérants adressèrent plusieurs demandes au juge, en vue d'être entendus ou en vue de la réalisation de mesures d'instruction, auxquelles aucune réponse ne fut donnée. Le 18 mars 2004, les requérants saisirent la chambre de l'instruction de la cour d'appel d'Aix-en-Provence d'une demande de dessaisissement du juge d'instruction, en raison de son inaction. Le procureur général requit le dessaisissement, au motif que le juge n'avait accompli aucun acte d'instruction.

Par arrêt du 13 mai 2004, rectifié le 1^{er} juin suivant, la chambre de l'instruction fit droit à leur demande et désigna le doyen des juges d'instruction du tribunal de grande instance de Toulon pour instruire l'affaire.

Une expertise, confiée au D^r C., fut ordonnée avec pour mission d'établir si les soins donnés à l'enfant avaient été appropriés à son état de santé, à donner son avis sur les prescriptions médicales ordonnées et, en cas de carences ou d'anomalies, à désigner la ou les personnes qui pourraient en être tenues responsables.

Le D^r C. déposa son rapport le 26 juillet 2004. Il conclut que les soins donnés à l'enfant par le D^r G. et le D^r DG avaient été appropriés à son état de santé, et qu'il en était de même des soins pratiqués aux centres hospitaliers de Draguignan et de Nice. L'expert indiqua qu'un examen cyto-bactériologique des urines aurait permis de dépister l'infection urinaire, mais précisa que cet examen n'est demandé qu'en présence de signes cliniques qui manquaient en l'espèce. Il souligna qu'aucun des quatre praticiens amenés à donner des soins à L. n'avait évoqué, dans ses déclarations, l'hypothèse ou la possibilité d'une infection urinaire.

Le juge transmet le rapport d'expertise aux requérants le 19 août 2004. Ces derniers ayant sollicité une contre-expertise, le juge ordonna une expertise biologique, confiée au D^r Dr., ainsi qu'une expertise de responsabilité médicale, confiée au D^r De. Ces deux experts avaient déjà été désignés dans le cadre de la procédure devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (voir point 4 ci-dessous).

Le requérant fut entendu par le juge le 1^{er} octobre 2004.

Le 5 avril 2005, le juge rejeta la demande des requérants en vue de l'audition des docteurs G. et DG, au motif notamment qu'une expertise

judiciaire était en cours et que l'audition des médecins ne serait envisagée qu'après son exécution.

L'expertise biologique, dont le rapport fut déposé le 16 juin 2005, conclut que le diagnostic à retenir était celui de choc streptococcique sur bactériémie à streptocoque du groupe A comme cause immédiate et unique du décès de L. L'expert précisa qu'il ne s'agissait pas d'une contamination d'origine nosocomiale (hospitalière).

Le rapport du D^r De., relatif à la responsabilité médicale et déposé le 23 mai 2005, concluait dans les termes suivants :

« La septicémie à streptocoque A avec choc toxique infectieux est une pathologie rare et grave qui peut survenir chez des enfants auparavant en parfaite santé et sans terrain prédisposant. La porte d'entrée du germe n'est pas retrouvée dans 25% des cas.

La septicémie s'est présentée initialement chez L. dans la forme très atypique et trompeuse classiquement décrite dans la littérature (tableau de grippe ou de gastro-entérite). Son diagnostic était pratiquement impossible à envisager et encore moins à confirmer.

La septicémie s'est manifestée ensuite sous une forme fulminante dont la mortalité est largement supérieure à 50 %, le choc toxique étant alors un phénomène imprévisible suraigu immunologique plus que bactériologique.

Aucune faute, erreur ou négligence patent ayant certainement fait perdre à l'enfant des chances de survie ne peut être relevée dans la chaîne des soins. Le caractère foudroyant du choc toxique rendait probablement toute thérapeutique inefficace quels qu'en soient l'heure, le lieu ou les modalités. »

Le juge adressa ces deux rapports aux requérants le 23 juin 2005. Il rejeta le 4 août 2005 leur demande de contre-expertise, aux motifs que l'expertise dont les résultats étaient contestés était déjà une contre-expertise, qui confortait de façon précise, claire et étayée celle du premier expert, le D^r C., que les deux expertises avaient également, de façon motivée, écarté la thèse d'une affection nosocomiale, et que la cause du décès du jeune L. était connue.

Le 11 octobre 2005, le juge adressa aux requérants l'avis prévu par l'article 175 du code de procédure pénale, en leur indiquant que l'information lui paraissait terminée. Les 11 et 25 octobre suivants, il rejeta leur demande d'être entendus, ainsi qu'une demande d'audition de témoins.

Le 16 juin 2006, le juge rendit une ordonnance de non-lieu. Rappelant la chronologie des événements et le contenu des différents rapports d'expertise, il conclut que le décès de L., pour dramatique qu'il fût, n'avait été ni provoqué ni favorisé par des défaillances dans la chaîne de soins et que, dans ces conditions, il n'existait pas de charges suffisantes contre quiconque d'avoir commis le délit d'homicide involontaire.

Les requérants firent appel devant la chambre de l'instruction qui, par arrêt du 17 octobre 2006, confirma le non-lieu.

La chambre de l'instruction releva qu'il résultait des différentes expertises que L. était décédé d'un choc toxique septique sur une infection à

streptocoque A, l'origine de l'infection n'ayant pu être déterminée. Elle rappela que toutes les expertises ordonnées avaient exclu la commission d'une faute par l'un quelconque des intervenants, et notamment les D^{rs} G. et DG, qui avaient prescrit un traitement approprié compte tenu de la banalité des signes, particulièrement en période hivernale ; qu'il ne pouvait être reproché à aucun des praticiens intervenants l'absence d'examen cyto-bactériologique des urines à défaut de signes cliniques précis. Elle constata qu'il n'avait pas été établi de retard caractérisé, ni dans l'acheminement de l'enfant vers l'hôpital de Draguignan, ni dans son transfert vers l'hôpital de Nice et que, si l'origine de l'infection n'avait pu être établie, les experts avaient exclu qu'elle puisse être liée à l'hospitalisation de L. du 25 octobre 2002 pour hernie inguinale.

La chambre de l'instruction conclut que l'information n'avait pas permis d'établir l'existence d'une faute caractérisée dans les termes de l'article 121-3 du code pénal pouvant être imputée à l'un quelconque des intervenants.

Les requérants ne firent pas de pourvoi en cassation, qui aurait été voué à l'irrecevabilité en l'absence de pourvoi du procureur général.

4. La procédure devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Parallèlement à la procédure pénale, les requérants saisirent le 27 août 2003 la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) de Provence Alpes Côte d'Azur d'une demande de règlement amiable.

Le 6 octobre 2003, le président de la CRCI désigna en qualité d'expert le docteur De., assisté du D^r Dr. Selon leur rapport, déposé le 6 mai 2005, l'ensemble des données permettaient de conclure que L. était décédé d'une septicémie à *Streptococcus pyogenes* avec choc septique streptococcique comme cause immédiate et unique. Les experts précisèrent que le tableau présenté par l'enfant était tout à fait compatible avec celui décrit comme étant un choc septique streptococcique et se développant en trois phases : la première se manifestant par un tableau pseudo-grippal, la deuxième, après 24 à 48 h, faisant fréquemment l'objet d'un diagnostic erroné, en particulier de gastro-entérite et déshydratation, et la troisième étant celle du choc à proprement parler, « qui est brutal et comporte une défaillance multi viscérale précédant le décès si les traitements appropriés ne sont pas prescrits ou demeurent inefficaces ».

Les experts écartèrent la possibilité que le streptocoque détecté dans le sang de L. provienne d'une contamination. Ils conclurent dans les termes suivants :

« La porte d'entrée des streptocoques est très variée. Il faut noter que certaines interventions chirurgicales ont été rapportées comme une porte d'entrée de streptocoques, en particulier la chirurgie de réparation des hernies. Nous avons retrouvé deux cas publiés dans la littérature (...), mais dans les deux cas un abcès de

paroi est apparu 48 h après la chirurgie. Aucun événement de ce type n'est consigné dans le dossier médical de l'enfant (...) et nous pensons pouvoir écarter cette porte d'entrée compte tenu du délai de 4 semaines entre la chirurgie et la première manifestation fébrile, et de 6,5 semaines avec le début du syndrome streptococcique (8.12.2002). »

La CRCI se réunit le 9 juin 2005. Le président donna connaissance de son rapport, puis les requérants, assistés de leur avocat, les médecins mis en cause et l'expert furent entendus. La CRCI rendit son avis le 13 juin 2005. Elle déclara recevable la demande des requérants et se reconnut compétente pour en connaître. Sur le fond, elle estima qu'il résultait de l'instruction du dossier, et notamment du rapport d'expertise, que la séquence de streptocoque du groupe A à l'origine du choc toxique ayant entraîné le décès de l'enfant ne correspondait pas à une contamination, et qu'il n'y avait pas de lien de causalité direct, certain et exclusif entre les actes de soins et de diagnostic dont il avait bénéficié à compter du 11 octobre 2002 et son décès.

B. Le droit interne pertinent

1. Le code pénal

Les dispositions pertinentes du code pénal, dans sa rédaction issue de la loi du 10 juillet 2000, sont les suivantes :

Article 121-3

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre.

Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

(...)»

Article 221-6

« Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort

d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. »

2. La procédure contentieuse

La responsabilité des professionnels de santé peut faire l'objet de recours en dommages-intérêts devant les juridictions civiles, s'il s'agit d'un organisme privé ou d'un praticien exerçant à titre libéral, ou devant les juridictions administratives, s'il s'agit d'un établissement public ou d'un praticien y exerçant.

Le délai pour saisir les juridictions civiles et administratives a été unifié par l'article L. 1142-28 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 (voir ci-dessous), qui dispose que les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

3. La loi du 4 mars 2002 et la procédure d'indemnisation amiable

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a inséré dans le code de la santé publique l'article L. 1142-1-I, qui dispose :

« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. »

La loi a institué le droit pour toute victime d'accident médical ou infection nosocomiale pour lesquels aucune faute n'a été identifiée d'être indemnisée sous certaines conditions (article L. 1142-1- II du même code).

La loi a également institué un dispositif de règlement amiable, non obligatoire, et créé l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Il s'agit d'un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la santé.

Le décret du 3 mai 2002 pris en application de la loi a institué des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI),

qui constituent un « guichet unique » pour toute demande d'indemnisation. Les CRCI, présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire, sont composées de vingt membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées.

La procédure devant la CRCI comprend une expertise et est gratuite. Pour qu'une demande soit recevable, elle doit concerner un accident postérieur au 4 septembre 2001 et les dommages doivent être supérieurs à un seuil de gravité fixé par décret. Tous les acteurs de santé publics et privés peuvent être mis en cause devant la CRCI ; si celle-ci estime que les dommages répondent aux critères de recevabilité et qu'ils sont consécutifs à un accident médical fautif ou non fautif, mais anormal au regard de l'état de santé de l'intéressé (aléa thérapeutique), elle transmet son avis aux organismes en charge de l'indemnisation. Il s'agit de l'assureur du professionnel de santé si une faute engageant sa responsabilité a été retenue ou de l'ONIAM en cas d'aléa thérapeutique ou d'infection nosocomiale grave. Lesdits organismes disposent ensuite d'un délai de quatre mois pour faire une offre à la victime sous forme de protocole transactionnel ; l'acceptation de l'offre vaut transaction et met fin à toute possibilité de procédure contentieuse.

En cas de refus d'offre ou de dépassement du délai de quatre mois, la victime peut, soit s'adresser à l'ONIAM, qui se substituera à l'assureur pour faire une offre, soit saisir le tribunal compétent. La victime peut également refuser l'offre de l'assureur ou de l'ONIAM et saisir le tribunal.

Les procédures amiable et contentieuse peuvent être menées parallèlement, mais l'intéressé a l'obligation d'informer chacun des organes saisis.

GRIEFS

1. Invoquant l'article 2 de la Convention, les requérants considèrent que le droit à la vie de leur enfant n'a pas été respecté ; ils estiment que les soins qui auraient permis de le sauver ne lui ont pas été prodigués et que son transfert vers l'hôpital de Nice a pris trop de temps.

2. Citant l'article 6 § 1 de la Convention, ils se plaignent que l'instruction ne s'est pas déroulée de façon équitable et impartiale. Ils soulignent que le premier juge d'instruction a refusé d'instruire, que le second a refusé d'entendre la requérante et les médecins ; ils estiment par ailleurs l'expertise médicale incomplète.

EN DROIT

Les requérants estiment que le droit à la vie de L. n'a pas été respecté et invoquent l'article 2 de la Convention, dont la première phrase se lit ainsi :

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. »

Ils se plaignent également, en citant l'article 6 § 1 de la Convention, de l'instruction qui a fait suite au décès de L. La Cour examinera ce grief sous l'angle de l'obligation procédurale découlant de l'article 2 précité (cf. *Šilih c. Slovénie* [GC], n° 71463/01, §§ 192 et 216, 9 avril 2009, *Calvelli et Ciglio c. Italie* [GC], n° 32967/96, § 49, CEDH 2002-I et *Powell c. Royaume-Uni* (déc.), n° 45305/99, CEDH 2000-V).

La Cour rappelle que la première phrase de l'article 2 impose à l'Etat non seulement de s'abstenir de donner la mort « intentionnellement », mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (cf. notamment *L.C.B. c. Royaume-Uni*, 9 juin 1998, § 36, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-III et *Vo c. France* [GC], n° 53924/00, § 88, CEDH 2004-VIII).

Ces principes s'appliquent aussi dans le domaine de la santé publique. Les obligations positives impliquent la mise en place par l'Etat d'un cadre réglementaire imposant aux hôpitaux, qu'ils soient privés ou publics, l'adoption de mesures propres à assurer la protection de la vie des malades. Il s'agit également d'instaurer un système judiciaire efficace et indépendant permettant d'établir la cause du décès d'un individu se trouvant sous la responsabilité de professionnels de la santé, tant ceux agissant dans le cadre du secteur public que ceux travaillant dans des structures privées, et le cas échéant d'obliger ceux-ci à répondre de leurs actes (décision *Powell* précitée, *Calvelli et Ciglio* précité, § 49, et *Vo* précité, § 89).

Si le droit de faire poursuivre ou condamner pénalement des tiers ne saurait être admis en soi (arrêt *Perez c. France* [GC], n° 47287/99, § 70, CEDH 2004-I), la Cour a maintes fois affirmé qu'un système judiciaire efficace tel qu'il est exigé par l'article 2 peut comporter, et dans certaines circonstances doit comporter, un mécanisme de répression pénale. Toutefois, si l'atteinte au droit à la vie ou à l'intégrité physique n'est pas volontaire, l'obligation positive découlant de l'article 2 de mettre en place un système judiciaire efficace n'exige pas nécessairement dans tous les cas un recours de nature pénale. Dans le contexte spécifique des négligences médicales, « pareille obligation peut être remplie aussi, par exemple, si le système juridique en cause offre aux intéressés un recours devant les juridictions civiles, seul ou conjointement avec un recours devant les juridictions pénales, aux fins d'établir la responsabilité des médecins en cause et, le cas échéant, d'obtenir l'application de toute sanction civile appropriée, tels le versement de dommages-intérêts et la publication de l'arrêt. Des mesures disciplinaires peuvent également être envisagées »

(*Calvelli et Ciglio* précité, § 51, *Lazzarini et Ghiacci c. Italie* (déc.), n° 53749/00, 7 novembre 2002, *Vo* précité, § 90 et *Šilih* précité, § 194).

Les requérants se plaignent en premier lieu des soins prodigués à leur enfant et des conditions de son transfert.

La Cour rappelle sa jurisprudence selon laquelle, dès lors qu'un Etat contractant a fait ce qu'il fallait pour assurer un haut niveau de compétence chez les professionnels de la santé et pour garantir la protection de la vie des patients, on ne peut admettre que des questions telles qu'une erreur de jugement de la part d'un professionnel de la santé ou une mauvaise coordination entre des professionnels de la santé dans le cadre du traitement d'un patient en particulier suffisent en elles-mêmes à obliger un Etat contractant à rendre des comptes en vertu de l'obligation positive de protéger le droit à la vie qui lui incombe aux termes de l'article 2 de la Convention (décision *Powell* précitée et *Byrzykowski c. Pologne*, n° 1562/05, § 104, 27 juin 2006).

La Cour constate à cet égard l'existence en droit français d'une réglementation propre à protéger la vie des patients, y compris par des mesures de caractère pénal.

La Cour examinera en second lieu si l'Etat a rempli l'obligation procédurale découlant de l'article 2, de mettre en place un système judiciaire efficace et indépendant. Elle rappelle à cet égard qu'il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultat (*Šilih* précité, § 193).

La Cour note que le droit français prévoit, en cas de négligence médicale, outre la voie pénale dont les requérants ont fait usage, la possibilité d'engager un recours en dommages-intérêts, soit devant les juridictions administratives contre les établissements hospitaliers publics, soit devant les juridictions civiles contre les organismes privés et médecins exerçant à titre libéral.

La loi du 4 mars 2002 a également mis en place un système d'indemnisation à l'amiable (voir ci-dessus partie Droit interne pertinent).

La Cour en déduit que le système français répond en principe aux exigences de l'article 2. Toutefois, cette disposition veut non seulement que les mécanismes de protection prévus en droit interne existent en théorie mais aussi, et surtout, qu'ils fonctionnent effectivement en pratique dans des délais permettant de conclure l'examen au fond des affaires concrètes qui leur sont soumises, ce qui suppose un examen de l'affaire prompt et sans retards inutiles (*Calvelli et Ciglio* précité, § 53 et *Šilih* précité, § 195).

En l'espèce, la Cour relève que, dès le décès de L., une enquête préliminaire a été ouverte, dans le cadre de laquelle une autopsie, des analyses toxicologiques et une expertise anatomo pathologique ont été pratiquées. Les médecins qui avaient donné des soins à l'enfant ont également été entendus.

Moins de trois mois plus tard, une information judiciaire a été ouverte et un juge d'instruction désigné. Pendant le cours de l'instruction, plusieurs

expertises ont été diligentées : la première visait à établir si les soins prodigués à l'enfant avaient été appropriés à son état de santé, à donner un avis sur les prescriptions médicales ordonnées et, en cas de carences ou d'anomalies, à désigner la ou les personnes qui pourraient en être tenues responsables.

A la demande des requérants, le juge a ordonné une expertise biologique ainsi qu'une expertise de responsabilité médicale. L'expertise biologique a étudié de façon minutieuse la cause du décès de L., ainsi que la possibilité d'une contamination lors de son opération. L'expertise de responsabilité médicale a abordé en détail tous les soins donnés à l'enfant par les différents praticiens, ainsi que les modalités de son transfert et la possibilité d'une infection nosocomiale.

Si en définitive, la procédure s'est terminée par un non-lieu, ce n'est pas en raison d'une quelconque carence de la procédure (*Calvelli et Ciglio* précité, § 54 et *Byrzykowski* précité, § 119), mais en raison de ce que les juridictions internes ont estimé, au vu des rapports d'expertise, qu'aucune faute n'avait été commise par les différents praticiens et qu'il n'y avait pas eu de défaillance dans la chaîne des soins.

Les requérants estiment, pour leur part, que l'instruction ne s'est pas déroulée de façon équitable et impartiale et que les expertises étaient incomplètes.

La Cour rappelle qu'il ne lui appartient pas de se substituer aux tribunaux nationaux, auxquels incombe au premier chef d'apprécier les preuves et d'appliquer le droit interne, son rôle consistant surtout à s'assurer que leurs décisions ne sont pas entachées d'arbitraire ou d'irrationalité manifeste (cf. décision *Erikson* précitée). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. La Cour relève en particulier que le requérant a été entendu par le juge d'instruction et que si les médecins mis en cause n'ont pas été entendus au stade de l'instruction, ils l'ont été au stade de l'enquête préliminaire. Par ailleurs, il ressort des trois rapports d'expertise que la cause du décès de L. a été établie et l'hypothèse d'une infection nosocomiale écartée.

En dernier lieu, la Cour a examiné si l'exigence de promptitude et de célérité qui est implicite dans le contexte de l'article 2 a été respectée (*Šilih* précité, § 195). En l'espèce, la procédure a duré un peu moins de quatre ans. S'il apparaît que le premier juge désigné n'a pas accompli d'actes d'instruction pendant une période d'un an, la Cour constate que la requête en dessaisissement formée par les requérants, auquel le procureur général s'est associé, a été accueillie, et observe qu'aucun manque de diligence ne peut être relevé dans la suite de la procédure.

Dans ces conditions, la Cour estime que les exigences procédurales de l'article 2 ont été remplies en l'espèce.

Il s'ensuit que la requête est manifestement mal fondée et doit être rejetée en application de l'article 35 §§ 3 et 4 de la Convention.

Par ces motifs, la Cour, à l'unanimité,

Déclare la requête irrecevable.

Claudia Westerdiëk
Greffière

Peer Lorenzen
Président