



COLLECTION COSMOS • SÉRIE INFERNO

Le sang discret, le rapport tardif et le téléphone muet

Quand tout le monde a presque vu le danger

LE NŒUD Une patiente présente confusion, vomissement et brûlure nucale. Deux anévrismes sont découverts. Le premier scanner nie tout saignement ; l'IRM décrit pourtant du sang, recommande un avis spécialisé et mentionne un appel infructueux. La patiente rentre chez elle avant que la boucle soit fermée. Trois heures et demie plus tard, l'un des anévrismes se rompt massivement.

DOSSIER ÉTUDIANT + CORRIGÉ INTÉGRAL

*Homicide par négligence • radiologie • résultat critique • travail en équipe • faute d'organisation •
art. 102 CP • causalité hypothétique*

Temps conseillé : 3 h 45 | Barème : 100 points | Niveau : Inferno



PARTIE I — DOSSIER ÉTUDIANT

CONSIGNE : Ne cherchez pas seulement qui a mal lu l'image. Cherchez qui devait agir, qui devait transmettre, qui devait vérifier la réception et quelles mesures auraient probablement empêché le décès.

1. La mission

Vous conseillez les parties après le classement d'une enquête pénale ouverte pour homicide par négligence. La famille reproche à deux radiologues, aux cliniciens et au Réseau hospitalier des Deux-Rives d'avoir laissé sortir Hélène Aubert malgré des signes d'hémorragie cérébrale et deux anévrismes connus.

Vous devez analyser les responsabilités pénales et civiles, le défaut d'organisation, le statut du classement, la portée du retrait de la plainte et les mesures d'instruction qui auraient été nécessaires.

2. Les acteurs

Acteur	Rôle
Hélène Aubert	72 ans ; hypertension non traitée ; troubles mnésiques évoqués depuis quelques mois.
Paul Aubert	Époux ; fournit l'hétéro-anamnèse ; s'inquiète d'abord de la confusion, puis dépose plainte après le décès.
Réseau des Deux-Rives	Association privée reconnue d'intérêt public ; deux sites distants et un service de radiologie partagé.
Dre Nina Kaldis	Radiologue du premier scanner ; identifie deux anévrismes mais pas la discrète hémorragie.
Dre Sofia Mariani	Radiologue de l'IRM ; exclut un AVC aigu, décrit des niveaux hématiques et tente de joindre les cliniciens.
Dr Léo Mercier	Médecin assistant ; organise la sortie sur la base du résultat préliminaire de l'IRM.
Dr Thomas Renaud	Chef de clinique ; demande qu'aucune sortie n'intervienne avant avis neurochirurgical.
Dre Claire Aubry	Médecin-chef ; donne une instruction analogue avant l'IRM.



3. Première alerte — Jour 1

Moment	Élément
18 h environ	Sensation brutale de chaleur dans la nuque pendant une activité domestique, fatigue et légère céphalée frontale.
Urgences	Vomissement unique, questions répétitives, désorientation temporelle et oubli du motif de consultation. Status neurologique autrement normal ; laboratoire, CRP et ECG rassurants.
Nuit	Observation parce que l'époux se dit inquiet et ne souhaite pas la reprendre immédiatement. Aucun nouvel épisode.
Jour 2, midi	Amélioration ; Hélène et son époux demandent le retour à domicile. Diagnostic : état confusionnel aigu d'origine indéterminée, sur possibles cervicalgies et troubles cognitifs préexistants.

4. Deuxième hospitalisation — Jours 3 à 6

Étape	Donnée
Jour 3	Retour sur demande du médecin traitant : brûlure nucale irradiant vers l'occiput et le dos, nausées, jambe gauche ayant lâché, paresthésies des doigts et du pied, mémoire récemment péjorée. TA 187/93 mmHg.
Scanner	Deux anévrysmes d'environ 7 mm sont visibles. Le rapport nie une hémorragie et les qualifie sans signe de rupture. Il recommande une confrontation neurochirurgicale ou neuroradiologique.
Jour 5	IRM demandée pour exclure un AVC. La note immédiate indique seulement « pas d'AVC ». Le rapport complet décrira de petits niveaux hématiques intraventriculaires, des résidus d'hémossidérine sous-arachnoïdiens, recommandera un avis spécialisé et signalera une tentative d'appel infructueuse.
Évolution	Pas de déficit focal ; douleurs améliorées ; MMS 26/30. Une évaluation psychiatrique s'attarde sur la tristesse et la dynamique conjugale, sans contre-indication au domicile.
Jour 6, 15 h 30	Sortie avec acide folique. L'avis de sortie annonce qu'un avis neurochirurgical sera demandé à réception du rapport définitif de l'IRM.

5. Ce que les médecins avaient décidé

- Le chef de clinique dit avoir demandé au médecin assistant de ne pas laisser sortir Hélène sans rendez-vous ou avis neurochirurgical.
- La médecin-chef dit avoir exigé que les images de l'IRM soient activement recherchées, envoyées au centre universitaire et discutées avant la sortie.
- Le médecin assistant explique avoir attendu le rapport définitif ; selon lui, la note préliminaire « pas d'AVC » permettait un avis spécialisé après le retour à domicile.
- Aucune pièce ne démontre qu'un neurochirurgien a été joint avant la sortie.

CONTRADICTION : La lettre de sortie promet un avis spécialisé futur ; les cadres affirment qu'il devait précéder la sortie.



6. La catastrophe — Jour 6

Moment	Évolution
Vers 19 h 10	Crise convulsive d'une minute avec perte de connaissance au domicile.
Ambulance	GCS initial à 11/15 puis amélioration ; pas de déficit ; vomissement alimentaire pendant la prise en charge.
Urgences	Nouvelle convulsion, GCS à 5/15, mydriase bilatérale ; intubation, sédation et soutien hémodynamique.
Scanner	Hémorragie sous-arachnoïdienne massive avec inondation des quatre ventricules et œdème diffus.
Centre universitaire	Dérivation ventriculaire externe. Hypertension intracrânienne réfractaire, encéphalopathie post-anoxique. Soins de confort ; décès le lendemain.

7. Ce que révèle l'autopsie

L'autopsie identifie deux anévrismes : l'un non rompu et l'autre, situé sur l'artère communicante antérieure, rompu. Elle décrit une hémorragie sous-arachnoïdienne diffuse, une inondation tétra ventriculaire massive, des infarctus postérieurs, un œdème et des signes d'engagement.

La relecture forensique retrouve déjà, sur le scanner du Jour 3, une petite hémorragie intraventriculaire et une discrète hémorragie sous-arachnoïdienne ; sur l'IRM du Jour 5, une hémorragie tétra ventriculaire et sous-arachnoïdienne diffuse. Le saignement voisin de l'anévrisme rompu remonterait à quelques jours.

8. Les versions radiologiques

Source	Position
Dre Kaldis	Admet qu'après l'issue fatale elle aurait dû voir le sang, mais insiste sur sa faible quantité, sa localisation atypique et l'absence de sang autour des anévrismes. Les symptômes transmis n'étaient pas typiques.
Dre Mariani	A vu des produits de dégradation du sang, interprétés comme subaigus ou anciens, possiblement consécutifs à une ponction lombaire. Elle décrit les niveaux hématiques, recommande un spécialiste et affirme n'avoir reçu aucune notion d'urgence.
Médecin légiste	Confirme que le sang était très discret et difficile à voir. Estime néanmoins que les résidus décrits correspondaient à l'hémorragie et qu'il fallait poursuivre les investigations spécialisées. Ne chiffre pas les chances de survie.



9. La procédure

Étape	Événement
Année 1	L'époux dépose plainte. L'enquête vise les deux radiologues pour homicide par négligence.
Instruction	Six médecins sont entendus. Aucun expert indépendant n'est mandaté spécifiquement sur les règles de l'art ou la survie après traitement précoce.
Année 3	L'époux retire sa plainte. L'enquête se poursuit néanmoins.
Classement	Le parquet juge le saignement trop discret et non actif, la faute individuelle non démontrée et la survie après détection insuffisamment probable.
Constat parallèle	L'ordonnance reconnaît un problème institutionnel de transmission des résultats graves, non imputable aux deux radiologues.
Suite	Les frais restent à la charge de l'État ; une transmission à l'autorité disciplinaire est réservée.

10. Pièces absentes du dossier remis

- Procès-verbaux complets des auditions ;
- Journal technique des appels et tentatives d'escalade ;
- Horodatage précis de la note préliminaire et du rapport définitif ;
- Expertise judiciaire sur le standard de communication d'un résultat critique ;
- Expertise neurovasculaire sur la probabilité de survie si l'hémorragie sentinelle avait été reconnue.

**11. Questions — 100 points**

N°	Question	Pts
1	Reconstituer la chronologie et identifier les moments de bascule.	4
2	Qualifier les relations juridiques et identifier les défendeurs possibles.	5
3	Apprécier la lecture du scanner par la Dre Kaldis.	6
4	Apprécier le rapport IRM et le devoir de communication de la Dre Mariani.	7
5	Analyser le suivi du résultat en attente et la décision de sortie par les cliniciens.	7
6	Caractériser une éventuelle faute d'organisation du Réseau.	7
7	Appliquer position de garant et principe de confiance au travail en équipe.	5
8	Examiner l'art. 117 CP pour les deux radiologues.	7
9	Examiner l'art. 117 CP pour les cliniciens.	6
10	Discuter la responsabilité pénale de l'entreprise selon l'art. 102 CP.	6
11	Analyser causalité naturelle, adéquate et hypothétique.	9
12	Le classement respecte-t-il l'adage in dubio pro duriore ? Quelles mesures manquent ?	6
13	Quel effet produit le retrait de la plainte ?	4
14	Examiner la responsabilité civile du Réseau et des personnes physiques.	7
15	Construire l'analyse de la prescription et de la renonciation.	4
16	Identifier les prétentions des proches.	4
17	Expliquer la transmission disciplinaire malgré le classement.	2
18	Proposer une stratégie et une conclusion motivée.	4

🔥 INFERNO — Le corrigé se mérite

Ce cas est conçu pour être résolu avant toute consultation du corrigé. Cherchez, raisonnez, argumentez... et acceptez de vous tromper : c'est précisément l'objectif.

Corrigé détaillé disponible sur demande — CHF 10.–

Il propose une résolution structurée, les fondements juridiques, les pièges du cas et les éléments de raisonnement attendus.

Un corrigé lu trop tôt ne corrige rien. Il court-circuite l'apprentissage.