

# **VD\_GERICHTE PE17.015765 vom 24. Juni 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_PE17.015765](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PE17.015765)

FR: VD\_GERICHTE PE17.015765 du 24 juin 2022

IT: VD\_GERICHTE PE17.015765 del 24 giugno 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Le recours doit

- 29 - être motivé et adressé par écrit dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCP [loi vaudoise d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

### **E. 1.2**

Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP) et dans les formes prescrites (art. 385 CPP), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

La recourante conteste l'ordonnance de classement, faisant grief au Ministère public d'avoir constaté les faits de manière incomplète et/ou erronée. Elle lui reproche de n'avoir pas donné suite à ses réquisitions de poser des questions complémentaires aux expertes au sujet des lacunes et contradictions de l'expertise du 6 août 2020, de sorte qu'il se justifierait de renvoyer le dossier de la cause pour complément d'instruction.

### **E. 2.2.1**

Selon l'art. 319 al. 1 CPP, le Ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure lorsqu'aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a), lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (let. b), lorsque des faits justificatifs empêchent de retenir une infraction contre le prévenu (let. c), lorsqu'il est établi que certaines conditions à l'ouverture de l'action pénale ne peuvent pas être remplies ou que des empêchements de procéder sont apparus (let. d) ou lorsqu'on peut renoncer à toute poursuite en vertu de dispositions légales (let. e).

- 30 - La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe *in dubio pro duriore*. Ce principe, qui découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 al. 1 CPP ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement, signifie qu'en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peuvent être prononcés que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le Ministère public dispose, dans ce

cadre, d'un certain pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées ; TF 6B\_1381/2021 du 24 janvier 2022 consid. 2). En revanche, le Ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

#### **E. 2.2.2**

Pour pouvoir constater légitimement que l'instruction ne corrobore aucun soupçon justifiant une mise en accusation (art. 319 al. 1 let. a CPP), le Ministère public doit avoir préalablement procédé, conformément à la maxime d'instruction (art. 6 al. 1 CPP), à toutes les mesures d'instruction susceptibles d'établir l'existence de soupçons suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 11 février 2022/116 consid. 2.1).

#### **E. 2.2.3**

Le Ministère public peut écarter une réquisition de preuves si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le ministère public peut, de - 31 - manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entaché d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B\_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

#### **E. 2.2.4**

Selon l'art. 189 CPP, d'office ou à la demande d'une partie, la direction de la procédure fait compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert, lorsque l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a), lorsque plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions (let. b), ou lorsque l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c). Une expertise est incomplète ou peu claire notamment lorsqu'elle ne répond pas à toutes les questions posées, n'est pas fondée sur l'ensemble des pièces transmises à l'expert, fait abstraction de connaissances scientifiques actuelles ou ne répond pas aux questions de manière compréhensible ou logique (TF 1B\_559/2021 du 17 janvier 2022 consid. 3.3 et les références citées). Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement une expertise (cf. art. 10 al. 2 CPP) et n'est pas lié par les conclusions de l'expert. Toutefois, il ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité ; il est alors tenu de motiver sa décision de ne pas suivre le rapport d'expertise. Si les conclusions d'une expertise judiciaire

apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art.

- 32 - 9 Cst. (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3 ; TF 1B\_559/2021 du 17 janvier 2022 consid. 3.3 ; TF 6B\_567/2020 du 6 décembre 2021 consid. 2.3.2 ; TF 1B\_425/2021 du 17 novembre 2021 consid. 4.1).

### **E. 2.3**

Dans la première partie de son mémoire, intitulée « bref rappel des faits » et « procédure », la recourante formule diverses critiques sur les faits retenus dans l'ordonnance attaquée, présentant sa propre version des faits. En substance, elle soutient que son époux s'est rendu aux urgences de l'hôpital seulement pour des œdèmes aux jambes, qu'un anticoagulant lui a été administré sans qu'il soit informé des risques hémorragiques, qu'il a eu un choc hémorragique, qu'il a ensuite été connecté à une pompe à morphine sans son consentement et alors qu'il ne présentait pas de douleurs insupportables, et que les doses ont été augmentées progressivement précipitant son décès. Elle considère en particulier que l'ordonnance entreprise ne retient pas qu'en 2016, après la pose d'un stent sur M.\_\_\_\_\_, un traitement de clexane – l'anticoagulant litigieux – avait dû être interrompu à la suite d'une complication hémorragique, ce dont les médecins de l'hôpital de F.\_\_\_\_\_ avaient été informés par fax de la Dre W.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2017. De même, l'ordonnance litigieuse est muette sur le fait que M.\_\_\_\_\_ n'avait jamais été averti des risques liés à la clexane dont l'administration avait conduit à une hémorragie abdominale interne dans la nuit du 29 au 30 janvier 2017. Selon elle, le Ministère public n'a pas non plus traité de l'absence de consentement de M.\_\_\_\_\_ sur la morphine. La recourante soutient encore, en lien avec la question de la pompe à morphine le 1er février 2017, à 14h30, et des douleurs insupportables – qu'elle conteste alléguant qu'elles étaient gérées –, que la date de l'entretien avec l'infirmière à domicile avait eu lieu le 1er février 2017 et non le 31 janvier 2017, de sorte que celle figurant sur le rapport de l'infirmière V.\_\_\_\_\_ avait été modifiée, ce que l'ordonnance omet également. A cet égard, il faut constater que l'ordonnance attaquée n'évoque pas ces éléments. Ceux-ci ne sont toutefois pas étayés par le dossier, notamment par l'expertise. On ne saurait ainsi suivre la thèse de la recourante, qui se limite à opposer sa propre version des faits, sans discuter ni avancer d'élément concret susceptible de modifier

- 33 - l'appréciation faite par le Ministère public. Cela étant, les faits ont été complétés d'office à l'appui du présent arrêt par la Chambre de céans qui a toute latitude pour procéder de la sorte, compte tenu de son pouvoir d'examen complet en fait et en droit (cf. CREP 26 septembre 2017/654 consid. 2.3).

### **E. 2.4**

La recourante s'en prend ensuite à l'expertise dont elle demande un complément. Cette expertise médico-légale a été conduite par la Prof. R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine légale et directrice du T.\_\_\_\_\_, par la Prof. S.\_\_\_\_\_, médecin cheffe au [...], et par la Dre B.\_\_\_\_\_, médecin interne. Leur rapport d'expertise du 6 août 2020 est constitué de 115 pages et retient, en substance, que M.\_\_\_\_\_ était dans un état très grave lié à son cancer avancé en arrivant aux urgences le 27 janvier 2017 en ce sens qu'il était en fin de vie, bénéficiait déjà de soins palliatifs et que des complications ainsi que sa mort

étaient imminentes, de sorte que seuls des soins palliatifs et de confort entraient en ligne de compte, que l'administration de la clexane respectait les règles de l'art car, en théorie, l'examen des bénéfices-risques commandait d'en faire l'administration en raison de la possible thrombose de la veine cave inférieure, que par ailleurs la morphine servait à soulager les douleurs dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, mais que certaines adaptations du dosage (notamment celle de la pompe à morphine du 2 février 2017) n'ont pas répondu aux recommandations habituelles (augmentation par paliers de 30% si la douleur n'est pas contrôlée), ne respectaient pas les règles de l'art et qu'on ne pouvait dire que la morphine avait causé la mort, le décès étant probablement multifactoriel (P. 50).

#### **E. 2.4.1**

Il convient de revenir sur les critiques de la recourante sur l'expertise. La recourante se réfère aux considérations des expertes qui ont indiqué que « l'information relative au petit hématome cutané péri- ombilical qui pouvait être suggestif d'un signe de Cullen aurait probablement été utile pour estimer le risque-bénéfice du traitement

- 34 - anticoagulant » par les médecins de l'hôpital de F.\_\_\_\_\_ et les angiologues des C.\_\_\_\_\_. Elle soutient que l'expertise est incomplète car elle omet de tenir compte du fait que les médecins avaient été avertis, par fax le 27 janvier 2017, des antécédents hémorragiques sous clexane de M.\_\_\_\_\_. Elle reproche de n'avoir pas pu poser des questions complémentaires aux expertes au vu de cette lacune du rapport. Or, concernant l'arrêt de la clexane à fin 2016, le fax du 27 janvier 2017 de la Dre W.\_\_\_\_\_ (cf. partie A let c)aa supra) ne mentionne pas expressément une contre-indication à la clexane en lien avec un antécédent hémorragique en 2016. Bien plutôt, il ressort des pièces au dossier que le traitement de clexane dont M.\_\_\_\_\_ avait bénéficié durant un mois après la pose d'un stent avait été interrompu, à l'époque, à la demande de ce dernier qui voulait stopper cette médication (cf. rapports médicaux du 7 novembre, 15 novembre et 7 décembre 2016, sous partie A lettre c)bb-dd supra). L'audition de l'oncologue le confirme, cette dernière ayant déclaré qu'il avait été renoncé aux injections d'anticoagulant à la demande de M.\_\_\_\_\_ qui ne les « aimait pas trop » (PV aud. 2, lignes 141-143). Les déclarations du Dr D.\_\_\_\_\_ vont également dans ce sens puisque que l'angiologue a affirmé n'avoir pas de souvenir précis concernant une interruption de la clexane en 2016 qui aurait été en lien avec une tâche de sang observée au niveau du nombril (PV aud. 8, lignes 121-127). Par ailleurs, il ressort du dossier que tant les médecins de l'hôpital de F.\_\_\_\_\_ que ceux des C.\_\_\_\_\_ ont estimé qu'il était indiqué d'introduire un anticoagulant pour soigner la possible thrombose suspectée chez M.\_\_\_\_\_, prescription avalisée par les expertes lesquelles l'ont tenue pour adéquate sur la base d'une possible thrombose (P. 50 p. 98). A ce sujet, le Dr K.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait eu l'avis clair des médecins des C.\_\_\_\_\_, ainsi qu'il en avait discuté au sein de l'hôpital de F.\_\_\_\_\_ avec ses collègues, ajoutant que, même si le risque hémorragique s'était concrétisé dans la nuit du 29 au 30 janvier 2017, la complication avait été gérée (PV aud. 4, lignes 42-44 et 97-98). Le Dr Y.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait une urgence à agir sur le plan

- 35 - thérapeutique, le risque étant que la thrombose suspectée obstrue complètement la veine cave inférieure et que cela mène à la mort du patient (PV aud. 6, lignes 159-164). Auditionné après la remise du rapport d'expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé que la situation était à haut risque de provoquer une thrombose dès lors que la métastase comprimait la veine cave inférieure, expliquant en outre que le patient ne présentait pas de

contre-indication à la prescription de clexane, ni de contre-indications absolues, quand bien même la balance risques/bénéfices était plus compliquée pour un patient atteint d'un cancer ; l'angiologue a en particulier exposé qu'« étant donné l'antécédent hémorragique », l'administration de clexane était indiquée sur la base d'éléments de suspicion d'une thrombose de la veine cave inférieure et que, s'il avait été proposé d'augmenter les doses de ce médicament, c'était qu'il avait été retenu que le risque thrombotique – potentiellement mortel – était plus élevé (PV aud. 8, notamment lignes 134-142). Compte tenu des circonstances susmentionnées, un complément d'instruction s'avère inutile, respectivement ne porterait pas sur un fait pertinent.

#### **E. 2.4.2**

Sur la base des conclusions des expertes concernant le CT- scanner abdominal du 27 janvier 2017 dont une relecture indiquait qu'il était « sans argument scanographique en faveur d'une thrombose », la recourante fait valoir qu'en l'absence de thrombose, il n'y avait aucune raison d'envisager ni d'administrer un traitement anticoagulant dont il était probable qu'il avait causé l'hémorragie abdominale de M. \_\_\_\_\_. Elle estime que les lacunes et/ou contradictions de l'expertise à ce sujet auraient dû lui permettre de poser des questions complémentaires aux experts. Il est vrai que les expertes ont retenu que le diagnostic de thrombose ne pouvait pas être confirmé après relecture des images radiographiques (P. 50 p. 96). Cependant, cela n'apparaît pas déterminant pour l'examen, en droit, des éléments constitutifs des infractions en cause

- 36 - dans la mesure où l'analyse à laquelle procède le juge s'agissant de la causalité se fait ex ante (cf. consid. 3.2 infra) ; en conséquence, pour statuer sur une éventuelle violation du devoir de diligence, il conviendra de se replacer dans la situation concrète au moment où les décisions ont été prises, de sorte que le fait que les expertes ont constaté « après coup » qu'il n'y avait pas de thrombose ne change en rien l'appréciation qui doit être faite. Cela rend un éventuel complément superflu. A ce propos, les expertes ont relevé que l'indication au traitement anticoagulant thérapeutique avait été posée sur la base d'une possible thrombose de la veine cave inférieure et que la décision d'introduire un traitement anticoagulant à dose thérapeutique sous- entendait donc que le risque hémorragique avait été jugé inférieur au bénéfice du traitement, concluant que la prescription respectait les règles de l'art dans le cas d'une suspicion de thrombose de la veine cave, le dosage et la molécule choisies étant adéquats pour le traitement d'une thrombose (P. 50 p. 98). La recourante n'apporte pas d'élément susceptible de remettre en cause ces considérations d'experts et qui justifierait des mesures d'instruction supplémentaires.

#### **E. 2.4.3**

La recourante fait valoir que l'expertise n'a pas non plus abordé le consentement du patient par rapport à la clexane et à la morphine, ainsi que quant au respect de son souhait de retourner à domicile. S'agissant de la morphine, elle invoque des contradictions concernant le monitoring des douleurs et la connexion à la pompe à morphine, ce qui nécessiterait d'après la recourante un complément d'instruction. En l'occurrence, il n'y a pas d'indice que le traitement par l'anticoagulant litigieux aurait été imposé à M. \_\_\_\_\_ sans son consentement et sans connaissance de cause de sa part. L'information des risques liés à l'administration de la clexane au patient n'est certes pas établie par une documentation écrite, mais cela n'exclut pas qu'elle ait été donnée oralement, comme l'ont souligné les expertes (P. 50 p. 98). Rien ne permet de retenir, comme elle le prétend en se fondant sur

ses propres

- 37 - déclarations, qu'informé des risques, M. \_\_\_\_\_ aurait refusé le traitement. Il s'avère que le patient avait discuté avec la Dre W. \_\_\_\_\_, le 24 janvier 2017, soit quelques jours avant son hospitalisation aux urgences, d'une médication par clexane, cette médecin n'ayant toutefois pas voulu administrer l'anticoagulant, compte tenu des risques de « tout faire sauter à l'intérieur » selon les termes rapportés par la recourante (cf. P. 4), étant toutefois précisé qu'il n'était alors pas question d'une possible thrombose (PV aud. 2, lignes 135-148). M. \_\_\_\_\_ était donc au courant de ce qu'un tel traitement pouvait impliquer. Par ailleurs, il ressort du dossier que l'époux de la recourante avait sa capacité discernement le jour de l'introduction du traitement anticoagulant (P. 50 p. 98), de sorte qu'il a pu consentir à ce traitement en connaissance de cause des risques et des bénéfices. D'ailleurs, selon la note de suivi n° 3192560 (numéro 2 selon P. 4/2, cf. partie A lettre c)ff supra), au moment de l'injection de ce médicament le 28 janvier 2017, M. \_\_\_\_\_ a déclaré ne pas vouloir de piqure « ni dans le ventre ni sur la cuisse au risque d'envoyer des métastases partout » (cf. partie A, lettre c)ff supra). On ne peut en outre rien déduire du fait que M. \_\_\_\_\_ avait dans un premier temps refusé de la morphine puisque ce refus initial n'implique nullement, faute d'indice tangible à ce sujet, qu'il aurait aussi refusé la clexane, étant rappelé qu'il était question, à ce moment-là, d'un risque vital élevé en lien avec la thrombose suspectée, notamment (PV aud. 4, lignes 84-85 ; PV aud. 6, lignes 159-164 et PV aud. 8, lignes 50-55 et 150-159). Enfin, il est encore établi que les médecins ont exclu un traitement alternatif au vu des circonstances ; si la pose d'un nouveau stent avait certes été évoquée par les médecins des C. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a toutefois expliqué qu'ils voulaient encore revoir le patient car ils n'étaient pas sûrs que les œdèmes étaient dus à la compression, mais que, dans l'intervalle, le risque vital lié à cette possible thrombose avait nécessité l'administration de cet anticoagulant (PV aud. 8, lignes 86-94). Les critiques de la recourante en lien avec la pompe à morphine sont, elles aussi, infondées. On rappelle tout d'abord que la capacité de discernement du patient a été traitée dans l'expertise. A ce sujet, les expertes ont retenu que sur la base du dossier médical,

- 38 - M. \_\_\_\_\_ présentait un état de vigilance préservé jusqu'au 3 février 2017 car il exprimait clairement sa volonté de rentrer à domicile, ce qui laissait penser que sa capacité de discernement était en théorie conservée à ce moment-là ; de plus, le patient avait clairement manifesté à plusieurs reprises ses demandes et ses refus. Ensuite, les expertes ont retenu, sans être valablement remises en cause par la recourante qui ne donne aucun élément concret que son époux n'aurait pas été lucide, que la volonté de celui-ci en lien avec l'administration de la morphine avait été respectée par l'équipe médicale (P. 50 p. 102). Les déclarations des médecins le confirment. En particulier, la Dre W. \_\_\_\_\_ a relevé que M. \_\_\_\_\_ était d'accord qu'il lui soit administré de la morphine six fois par jour en sous cutané avec des réserves, qu'il « n'était pas contre », mais « ambivalent » en ce sens qu'il hésitait entre être somnolent et ne pas trop souffrir, mais qu'il avait des douleurs et demandait à être soulagé (PV aud. 2 lignes 82- 85). Le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'hémorragie intrapéritonéale provoquait de fortes douleurs et que c'était pour apaiser la souffrance que la morphine avait été prescrite, le patient voulant être soulagé et rentrer chez lui (PV aud. 2 lignes 64-65 et 91). Pour sa part, le Dr K. \_\_\_\_\_ a déclaré que le patient ne s'y était pas opposé et qu'il n'avait jamais été opposé au soulagement de la douleur ; M. \_\_\_\_\_ était d'ailleurs au clair qu'il s'agissait de la fin (PV aud. 4 lignes 105-108 et 138-141). A ce sujet, la recourante fait par ailleurs grand cas de la date de la visite de

l'infirmière de liaison, chargée de préparer un retour à domicile, dont elle considère que les expertes ne pouvaient retenir qu'elle avait eu lieu le 31 janvier 2017, mais plutôt le 1er février 2017. Elle se réfère aux déclarations de V.\_\_\_\_\_, selon lesquelles M.\_\_\_\_\_ aurait seulement évoqué « un inconfort », ce qui accrédirait le fait que son époux aurait été branché à la pompe à morphine contre son gré et sans aucune raison vu l'absence de douleurs. Or, la recourante fait une appréciation toute personnelle de ces déclarations. L'infirmière a expliqué avoir rencontré M.\_\_\_\_\_ au tout début de l'hospitalisation, avant l'introduction de la morphine, ajoutant qu'elle lui avait demandé de quoi il avait besoin, ce à quoi il lui avait répondu qu'il voulait mourir à la maison et qu'on aide son épouse à accepter qu'il s'en aille. Elle a précisé avoir été

- 39 - sollicitée pour organiser les démarches en vue d'un retour à domicile, ce qui nécessitait au préalable que « l'antalgie [ndr : la douleur] soit stabilisée » (PV aud. 7, lignes 189-192). Autrement dit, ce témoin corrobore le fait que le patient présentait des douleurs avant l'administration de la morphine par pompe, confirmant a fortiori les constats des expertes sur des douleurs non contrôlées. Quoi qu'il en soit, il importe guère de déterminer si cet entretien a eu lieu le 1er février (comme le soutient la recourante) ou le 31 janvier (comme mentionné par V.\_\_\_\_\_ et inscrit dans son rapport consécutif à la visite, date également retenue par les expertes) dès lors que plusieurs éléments établissent que l'introduction de la pompe à morphine résulte d'une volonté du patient, qui avait des douleurs abdominales « très intenses », « non contrôlées », survenant « par crise » et qui demandait à ne « plus souffrir » (P. 50 p. 84 ; PV aud. 2, lignes 54-58 et 70-71 ; PV aud. 3, lignes 63-65 ; PV aud. 4, lignes 98-100, 137-142, 147-157 ; PV aud. 5). En ce qui concerne la volonté de M.\_\_\_\_\_, il faut constater que rien n'indique que les souhaits du patient d'un retour à domicile auraient été bafoués par le personnel soignant. Au contraire, ceux-ci ont été respectés, une infirmière de liaison l'ayant rencontré pour évaluer la faisabilité d'un retour, mais n'ont pas pu aboutir en raison du risque élevé de décès durant le transport. Il est attesté par ailleurs qu'un retour à domicile nécessitait une organisation spécifique dans le contexte d'une situation palliative avancée, impliquant de s'assurer que les douleurs étaient contrôlées (P. 50 p. 103). Or M.\_\_\_\_\_ avait des douleurs importantes non contrôlées. Si, avec la recourante, on doit admettre qu'à l'admission à l'hôpital les douleurs de M.\_\_\_\_\_ étaient moindres, des douleurs importantes ont été par la suite relevées. Sur ce point, il est avéré que les douleurs étaient telles que le patient ne voulait pas être touché parce qu'il avait mal (cf. note n°3200723 [numéro 52 selon P. 4/2] du 3 février 2017 à 03h28 : « douleur : grimace lors de la mobilisation »). La recourante méconnaît aussi ses propres déclarations au Procureur, ayant notamment indiqué que « lorsque son époux était en position assise, il demandait de faire attention car il avait mal à son hématome au niveau du ventre » ou encore que ce dernier avait « énormément souffert

- 40 - et que personne ne s'en était rendu compte » (PV aud. 1 lignes 42-43 et 167-168). Elle fait encore fi des notes de suivi qui rapportent, entre autres, qu'elle avait demandé à plusieurs reprises à l'équipe médicale de soulager les douleurs de son époux, démontrant ainsi que celui-ci souffrait toujours malgré la morphine par intraveineuse (cf. par exemple, note de suite n°3199004 [numéro 39 selon P. 4/2] du 2 février 2017 à 00h52 : « son épouse demande à ce qu'on lui donne plus d'antalgique. Mis PSE de morphine à 3mg/h sur ordre médical » ou encore à n° 3198592 [numéro 41 selon P. 4/2] 04h27 : « l'épouse me dit qu'elle a l'impression que l'antalgie ne suffit pas. Mr M.\_\_\_\_\_ accepte qu'on majore la morphine »). De façon générale encore, il est attesté que M.\_\_\_\_\_ avait déclaré vouloir

mourir à domicile, qu'il était conscient de sa situation et du fait qu'il était en fin de vie. Il avait d'ailleurs demandé à l'équipe médicale de faire accepter sa mort à son épouse. La recourante, elle-même, a relaté un épisode avant l'hospitalisation où son époux avait évoqué une assistance au suicide par l'entremise d'EXIT. Ses déclarations selon lesquelles son époux aurait pu encore sortir au cinéma retranscrivent un certain déni de la situation de ce dernier (PV aud. 1 lignes 114-126). Les faits se rapportant au consentement et à la volonté du patient sont clairs et ne commandent pas d'instruction complémentaire.

#### **E. 2.4.4**

La recourante invoque le fait que l'expertise n'a pas examiné quelle était l'origine probable des douleurs insupportables présentées par son époux qui avaient induit la mise sous pompe à morphine, ni s'il existait un traitement causal, alors que des documents établissaient que les douleurs étaient gérées. Se référant aux paramètres vitaux, elle soutient qu'ils attestent que, jusqu'au 31 janvier 2017, les douleurs étaient sous contrôle par l'administration de la morphine sous-cutanée et que, dès la nuit du 1er février 2017, les douleurs étaient liées à une rétention urinaire aiguë, soit un effet secondaire connu de la morphine. Selon elle, il y aurait des contradictions à clarifier.

- 41 - Dans le prolongement des considérations qui précèdent, auxquelles il est renvoyé, il convient de relever que l'état clinique de M. \_\_\_\_\_ est largement détaillé pour comprendre que son cancer œsophagien avait progressé significativement, que son foie lâchait et que l'hémorragie abdominale l'avait davantage affaibli, entraînant des douleurs très intenses. Les expertes ont considéré que l'administration de la morphine, ainsi que la mise en place d'une pompe à morphine s'inscrivaient dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, lesquels étaient justifiés par la maladie avancée (P. 50 p. 102). Elles ont détaillé les notes de suivi, lesquelles attestaient chez M. \_\_\_\_\_ de douleurs fluctuantes, plutôt fortes et non contrôlées. D'autres éléments corroborent l'existence de douleurs non maîtrisées. Selon l'infirmière L. \_\_\_\_\_, les douleurs pouvaient fluctuer et arriver par crise, de sorte que M. \_\_\_\_\_ avait finalement accepté la pompe à morphine car ces douleurs étaient devenues insupportables, ayant des cris lorsqu'il était tourné (PV aud. 5, notamment lignes 39-144). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que rien que le passage de la position couchée à assise dans le lit d'hôpital était très douloureux, de même que le toucher très légèrement de son abdomen (PV aud. 4 lignes 148-149). Par conséquent, même si le monitoring des douleurs fait certes défaut pour le 1er février 2017, il n'est à l'évidence pas exclu que des douleurs importantes soient intervenues avant l'introduction de la pompe à morphine. Enfin, s'agissant de la restriction hydrique qui aurait été appliquée, aucune preuve médicale concrète n'atteste qu'elle a eu lieu, d'après les conclusions des expertes (P. 50 p. 99), et la recourante ne formule aucune critique susceptible de mettre en doute les constatations de l'expertise qui est complète.

#### **E. 2.4.5**

La recourante soutient que l'expertise est muette sur la question du timing de la décision de passage à la pompe à morphine le 1er février 2017 dont elle dit qu'elle aurait été prescrite à 8h49, se référant à une capture d'écran transmise par le G. \_\_\_\_\_ le 8 juin 2018 (P. 18/1).

- 42 - Cet élément est sans portée dès lors qu'il est établi et non contesté que M. \_\_\_\_\_ avait refusé le 1er février à 10h00 la pompe à morphine. A supposer que cet ordre aurait été donné – ce qui n'est nullement attesté à la lecture du dossier –, il faudrait de toute manière

constater qu'il a été de facto mis en échec par le refus du patient, ce qui témoigne également du respect par l'équipe médicale de la volonté de M.\_\_\_\_\_. En outre, la recourante prétend que la décision d'administrer la morphine par pompe avait été prise par trois médecins de l'hôpital de F.\_\_\_\_\_, ce qui serait une preuve qu'elle l'aurait été contre l'accord de son époux. Or il y a lieu de relever que le Dr I.\_\_\_\_\_ a évoqué une discussion entre trois médecins durant l'hospitalisation, mais qu'il a expliqué que le patient avait consenti à la pompe à morphine, faute de quoi elle n'aurait pas été introduite (PV aud 3, lignes 58-65).

### **E. 2.5**

En définitive, force est de considérer, par appréciation anticipée des preuves, que les expertes se sont prononcées de façon claire, complète et sans équivoque sur toutes les questions qui leurs ont été posées après avoir procédé à un examen minutieux et fouillé du dossier médical de M.\_\_\_\_\_. Les expertes n'ont ignoré aucun élément ni aucune appréciation médicale avant de poser leurs conclusions. Tous les preuves pertinentes ont été administrées et les réquisitions sollicitées ne permettent pas de modifier l'issue de la présente procédure (cf. consid. 3 infra). Les arguments de la recourante concernant de prétendues lacunes de l'expertise et une constatations inexacte et incomplète des faits sont dès lors infondés et doivent être rejetés. Les conditions posées par l'art. 189 CO n'étant pas remplies, c'est à raison qu'un complément d'expertise n'a pas été mis en œuvre.

### **E. 3.1**

Sous l'angle du droit, la recourante fait valoir une violation du principe in dubio pro duriore en lien avec les art. 117 et 125 CP.

### **E. 3.2**

- 43 -

#### **E. 3.2.1**

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 ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturel et adéquat entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (TF 6B\_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

#### **E. 3.2.2**

L'art. 125 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé. Cette infraction suppose également la réalisation de trois conditions : une atteinte à l'intégrité physique, une négligence et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la lésion corporelle. Les interventions médicales réalisent les éléments constitutifs objectifs d'une lésion corporelle en tout cas si elles touchent à une partie du corps (par exemple lors d'une amputation) ou si elles lèsent ou diminuent, de manière non négligeable et au moins temporairement, les aptitudes ou le bien-être physiques du patient. Cela vaut même si ces interventions étaient médicalement indiquées et ont été pratiquées dans les règles de l'art (ATF 124 IV 258 consid. 2). Toute atteinte à l'intégrité corporelle, même causée par une intervention chirurgicale, est ainsi illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte ne peut en principe venir que du consentement du patient, exprès ou que l'on peut présumer (ATF 124 IV 258 consid. 2). L'exigence de ce

consentement découle ainsi du droit à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. Il suppose, d'une part, que le patient ait reçu du médecin, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions

- 44 - financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2). Il faut, d'autre part, que la capacité de discernement du patient lui permette de se déterminer sur la base des informations reçues (ATF 134 II 235 consid. 4.1). En procédure pénale, il incombe à l'accusation de prouver une violation du devoir d'information du médecin. Le fardeau de la preuve du consentement éclairé du patient, en tant qu'il constitue un fait objectif justificatif, incombe au prévenu, qui y satisfait déjà en rendant vraisemblables ses allégations (TF 6B\_390/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1 et l'arrêt cité).

### **E. 3.2.3**

Selon l'art. 12 al. 3 CP, 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 usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle. Pour qu'il y ait négligence, il faut que l'auteur ait d'une part violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et que, d'autre part, il n'ait pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu et dû, au vu des circonstances, de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte qu'il mettait en danger des biens juridiquement protégés de la victime et qu'il excédait les limites du risque admissible (ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1, SJ 2011 I p. 86 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les références citées, JdT 2010 IV 43 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). 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

- 45 - événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les références citées). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur violation fait présumer la violation du devoir général de prudence (ATF 145 IV 154 consid. 2.1 ; ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1). La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 129 IV 119 consid. 2.1 ; TF 6B\_934/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.1). 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 ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité pénale 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 (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les références citées ; TF 6B\_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1). Pour déterminer l'étendue de la prudence requise, il faut partir du devoir général qu'a le médecin d'exercer l'art de la guérison selon les principes reconnus de la science médicale et de l'humanité, de tout entreprendre pour guérir son patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Le médecin est tenu d'observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens

- 46 - (ATF 133 III 121 cons. 3.1). Il n'a pas à répondre des dangers ou des risques qui sont inhérents à tout acte médical et à toute maladie. La notion de manquement à ses devoirs ne doit 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. 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 viole en revanche ses devoirs lorsqu'il pose un diagnostic, choisit une thérapie ou définit une approche thérapeutique qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; TF 6B\_1287/2018 précité consid. 1.1). En ce qui concerne plus particulièrement le diagnostic, le médecin n'est pas tenu d'en garantir l'exactitude. Il faut dès lors faire la distinction entre une véritable faute de diagnostic et un simple diagnostic erroné. Pour constater et apprécier une atteinte à la santé, le médecin doit procéder dans chaque cas de manière adéquate et utiliser les moyens et les sources d'information nécessaires. Il doit clarifier les symptômes ambigus en utilisant les moyens à sa disposition. Le médecin fait preuve de négligence lorsque sa façon de faire n'est pas conforme aux règles établies et généralement reconnues par la science médicale et qu'elle ne correspond pas à l'état actuel des connaissances scientifiques (ATF 130 IV

#### **E. 3.2.4**

Il faut encore qu'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès, respectivement la lésion corporelle, de la victime. L'élément déterminant pour envisager l'imputation objective d'un résultat à un auteur est que ce dernier ait, par son comportement, réalisé l'une des conditions dont le résultat, dans sa manifestation concrète, est la conséquence (ATF 135 IV 56 consid. 3.1.2, JdT IV 43).

- 47 - Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non, c'est-à-dire si, sans lui, le résultat ne se serait pas produit ou du moins pas de la même manière ; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 139 V 176 consid. 8.4.1 et la référence citée). Le rapport de causalité est qualifié d'adéquat lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 138 IV 57 consid. 4.1.3 p. 61 et l'arrêt cité). La causalité adéquate sera admise même si le comportement de l'auteur n'est pas la cause directe ou unique du résultat. Peu importe que le résultat soit dû à d'autres causes, notamment à l'état de la victime, à son comportement ou à celui de tiers (ATF 131 IV 145 consid. 5.2 p. 148). La causalité adéquate peut toutefois être exclue si une autre cause concomitante, par

exemple une force naturelle, le comportement de la victime ou d'un tiers, constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait s'y attendre. L'imprévisibilité d'un acte concurrent ne suffit pas en soi à interrompre le rapport de causalité adéquate. Il faut encore que cet acte ait une importance telle qu'il s'impose comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener et notamment le comportement de l'auteur (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.2 p. 265 s. et les arrêts cités). En outre, pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin qu'il a outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge mais il faut se placer au moment où le médecin a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3). Il y a lieu de distinguer le comportement idéalement attendu (ex post), de celui nécessaire et possible à chaque étape de la prise en charge du patient (au moment des décisions prises, respectivement omises). C'est également au stade de l'examen de la causalité adéquate qu'il faut se placer ex ante pour décider si un acte était propre à produire ou à favoriser un résultat

- 48 - du genre de celui qui s'est produit (ATF 135 IV 56 consid. 2.2 et les références citées). En revanche, une autre question essentielle pour l'imputation du résultat, est de savoir quel est le danger qui a provoqué le résultat ou si le danger créé ou accru par l'auteur s'est réalisé dans le résultat, doit être traitée en fonction de toutes les circonstances connues ex post (ATF 135 IV 56 consid. 2.2 et les références citées).

### **E. 3.3**

De l'homicide par négligence

#### **E. 3.3.1**

Le Ministère public considère que les faits ne seraient clairement pas punissables et l'infraction d'homicide par négligence non réalisée faute de lien de causalité. La recourante affirme que les actes des médecins ont eu une influence sur le décès de son époux car ils ont favorisé son avènement. Elle soutient que même si le décès était attendu, il ne serait pas survenu le 5 février 2017. Elle évoque l'euthanasie active indirecte quant à l'administration de la morphine. Si le Ministère public a à juste titre retenu une violation des règles de l'art en lien avec les dosages de la morphine qui ne répondaient pas aux recommandations habituelles, elle considère que les dosages avaient augmenté si rapidement et de manière si élevée, sans justification, qu'ils ne pouvaient que conduire à l'issue fatale pour son époux.

#### **E. 3.3.2**

En l'espèce, M. \_\_\_\_\_ est décédé le 5 février 2017, après avoir été hospitalisé le 27 janvier 2017 à l'hôpital de F. \_\_\_\_\_. Avant son hospitalisation, il se trouvait déjà en situation palliative et prenait de la morphine per os pour soulager les douleurs liées à son cancer. Il avait été admis aux urgences en raison d'œdèmes aux jambes, mais une baisse de son état général était aussi décrite. Les examens avaient, d'une part, mis en évidence une possible thrombose de la veine cave inférieure associée à une compression extrinsèque métastatique en dessous du stent et, d'autre part, montré de nouvelles lésions secondaires notamment au niveau pulmonaire ainsi qu'une augmentation des lésions hépatiques, témoignant

- 49 - d'une évolution oncologique défavorable. En d'autres termes, le patient était à un stade critique et en fin de vie. Son décès ainsi que des complications étaient imminents. Le

30 janvier 2017, l'état de santé de M. \_\_\_\_\_ s'était encore dégradé, en ce sens qu'il présentait un hémopéritoine péri-hépatique avec un saignement au sein d'une métastase hépatique. Il avait aussi fait un choc hémorragique. Ces affections occasionnaient des douleurs très intenses, non soulagées par la médication habituelle. C'est pourquoi, il avait reçu un traitement de morphine, par voie orale, puis sous-cutanée et enfin par injection. Sur la base du dossier médical, les expertes ont pu analyser et quantifier les doses de morphine reçues quotidiennement par M. \_\_\_\_\_ durant son hospitalisation. Elles ont indiqué que le patient n'était pas suffisamment bien contrôlé du point de vue des douleurs avec l'antalgie proposée. Elles ont conclu que ces doses, respectivement l'augmentation du dosage de la morphine, ainsi que l'introduction de la pompe à morphine étaient médicalement justifiées en raison de la présence de douleurs importantes non contrôlées, même si la documentation de la douleur n'était pas toujours rigoureuse dans le dossier médical. Elles ont considéré qu'il n'était pas possible de déterminer avec exactitude leur effet et le rôle joué dans le décès, faute d'analyses toxicologique et d'autopsie, mais que l'administration de morphine s'inscrivait dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, avec un but antalgique. Les expertes ont cependant retenu une violation des règles de l'art – soit une négligence de la part des médecins – en lien avec l'administration des dosages de morphine ; en effet, certaines adaptations du dosage, notamment celle de la pompe à morphine en date du 2 février 2017, ne répondaient pas aux recommandations habituelles (augmentation par palier de 30% si la douleur n'est pas contrôlée), les doses ayant été augmentées et diminuées sans respecter les paliers recommandés, ce sur une très courte période. Elles ont encore souligné que les seuls éléments au dossier médical permettant de comprendre de telles modifications « arbitraires » apparaissaient être le désaccord entre le personnel soignant et l'épouse (P. 50 p.95).

- 50 -

### **E. 3.3.3**

Compte tenu de ces constats, il se pose donc la question de savoir si la violation des règles de l'art relevée est la condition sans laquelle le décès ne se serait pas produit. A cet égard, il convient de retenir en premier lieu qu'il y a, selon les expertes, plusieurs causes possibles au décès de M. \_\_\_\_\_, concluant toutefois que « la plus vraisemblable » était « multifactorielle ». En effet, l'époux de la recourante souffrait d'un cancer œsophagien multi-métastatique qui le rendait plus vulnérable aux complications et qui limitait les traitements thérapeutiques. Selon les expertes, dans la mesure où les complications thromboemboliques ou hémorragiques sont fréquentes dans ce genre de maladie oncologique avancée, M. \_\_\_\_\_ présentait une situation médicale précaire, engendrant un pronostic de survie à court terme, cela avant même son hospitalisation et avant la survenance de la complication hémorragique (P. 50 p. 102). Ensuite, tant les médecins que les expertes ont considéré que le décès de M. \_\_\_\_\_ s'inscrivait très vraisemblablement dans le contexte oncologique avancé. S'agissant de la morphine dans le cadre de soins de confort, il est unanimement reconnu au plan médical qu'elle peut occasionner, comme effet secondaire non recherché, une dépression respiratoire. Cela étant, tous les professionnels s'étant occupés de M. \_\_\_\_\_ se sont accordés à dire que le dosage et l'administration de morphine n'est pas la cause « la plus probable » du décès, mais qu'elle est au contraire « la moins probable ». Ainsi, la Dre W. \_\_\_\_\_ a indiqué que la dose de morphine en tant que telle n'était pas de nature à entraîner le décès (PV aud. 2 lignes 101-104). Selon le Dr I. \_\_\_\_\_, ce n'était que si l'on prenait de la morphine à fortes doses qu'elle pourrait

amener à un arrêt respiratoire (PV aud. 3 lignes 50-52). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a lui aussi expliqué que la seule situation où la morphine pourrait causer la mort était de la donner à très haute dose, ce qui provoquait une inhibition de la zone cérébrale qui règle la respiration, mais que cela n'avait pas été le cas du patient (PV aud. 4 lignes 166-173). Quant aux expertes, elles ont déclaré en particulier qu'elles ne pouvaient pas affirmer si les concentrations de morphine avaient atteint un taux potentiellement mortel (P. 50 p. 104).

- 51 - En tout état de cause, il ne ressort donc pas de l'expertise et a fortiori du dossier pénal qu'il y aurait eu une violation des règles de l'art en raison d'un dosage trop élevé, respectivement excessif de morphine. La violation retenue par les expertes repose uniquement sur le fait qu'il y a eu des fluctuations dans le dosage de morphine (augmentation, diminution, augmentation, etc.) non conformes aux paliers recommandés. Dans ces conditions, il faut considérer qu'une telle violation n'était pas propre à entraîner le décès.

#### **E. 3.3.4**

Par surabondance, il convient encore de constater que les médecins ont souligné l'importance de la dignité du patient et estimé, s'agissant de l'administration de la morphine dans le cadre d'un retrait thérapeutique, que « ce ne serait pas éthique de ne pas la donner chez un patient en souffrance » (PV aud. 2 ligne 133) et qu'elle visait à soulager les souffrances (cf. PV aud. 3, 4 et 5). Or la situation de M. \_\_\_\_\_ était l'une de celles où les médecins ne pouvaient rien faire du point de vue thérapeutique pour le soigner, vu que ce patient était en fin de vie, de sorte que la seule chose qui pouvait lui être proposée était des soins de confort impliquant de la morphine. L'instruction a donc permis d'établir que l'époux de la recourante, qui souffrait d'un cancer en phase terminale et présentait un pronostic vital défavorable, n'aurait de toute manière pas survécu si la violation des règles de l'art concernant le non-respect des paliers dans le dosage de la morphine n'avait pas été commise.

#### **E. 3.3.5**

Au vu de ce qui précède, on doit dès lors retenir que les conditions de l'homicide par négligence au sens de l'art. 117 CP ne sont pas réunies.

#### **E. 3.4**

Des lésions corporelles par négligence

- 52 -

##### **E. 3.4.1**

Le Ministère public considère que les faits ne seraient clairement pas punissables et l'infraction de lésions corporelles par négligence non réalisée en raison de l'absence de négligence et de lien de causalité. La recourante fait valoir que l'administration de la clexane a constitué une lésion corporelle illicite. Elle réfute que son époux aurait consenti à ce traitement. Elle invoque en outre la violation des règles de l'art dans le cadre de l'administration de cet anticoagulant à dose thérapeutique, estimant que dans la mesure où la suspicion radiologique de thrombose n'était pas avérée, il n'y avait aucune raison d'envisager et administrer ce traitement, lequel a aggravé sa situation.

##### **E. 3.4.2**

En l'espèce, c'est à la suite de l'admission de M. \_\_\_\_\_ aux urgences et au constat d'une possible thrombose le 27 janvier 2017 que le traitement anticoagulant a été préconisé. A ce sujet, il y avait eu une concertation commune entre les médecins de l'hôpital de F. \_\_\_\_\_ et ceux des C. \_\_\_\_\_. Sur la base de la suspicion de thrombose de la veine cave inférieure et après une pesée des risques-bénéfice, les médecins avaient administré de la clexane à M. \_\_\_\_\_, qui avait fait par la suite un choc hémorragique. Conformément aux principes rappelés ci-avant, un acte médical – même s'il est indiqué – ayant entraîné une diminution des aptitudes ou du bien-être du patient constitue une lésion corporelle illicite, à moins qu'il repose sur le consentement de la victime. En l'occurrence, pour les motifs exposés ci-avant (cf. consid. 2.4 supra), il est établi que M. \_\_\_\_\_ a consenti au traitement litigieux. Non seulement les expertes ont retenu que les informations utiles avaient pu lui être données par oral, mais que celui-ci avait aussi sa capacité de discernement au moment où le traitement avait été abordé. Ces éléments excluent par conséquent l'illicéité des lésions corporelles dénoncées en lien avec la clexane. A toutes fins utiles et par surabondance, il est précisé que ce raisonnement s'applique mutatis mutandis au grief de la recourante

- 53 - concernant le consentement de son époux au traitement de morphine qui ferait défaut, au sujet duquel elle soutient, en vain, s'appuyant en cela sur les rapports relatifs aux paramètres vitaux des jours avant la connexion qui ne montraient pas de fortes douleurs, ainsi que sur le constat de la Dre W. \_\_\_\_\_ selon lequel la morphine par voie sous-cutanée fonctionnait, que ce traitement lui a été imposé. D'une part, la recourante n'a pas soutenu, dans sa plainte, que la morphine aurait occasionné des lésions corporelles. D'autre part, il ressort du dossier que, même s'il a pu opposer des refus à certains moments, M. \_\_\_\_\_ a en définitive consenti, en raison d'importantes douleurs, à recevoir de la morphine, d'abord par voie orale, puis sous-cutanée et finalement par injection, les expertes ayant à ce titre conclu que les souhaits du patient avaient été respectés. Cela est corroboré par les déclarations de la Dre W. \_\_\_\_\_, oncologue ayant suivi M. \_\_\_\_\_ depuis 2015, selon lesquelles son patient était « compétent », soit était apte à prendre une décision (PV aud. 2 lignes 230-231).

### **E. 3.4.3**

Par ailleurs, la condition de la faute, respectivement la négligence, fait également défaut. Aucune violation des règles de l'art n'a été relevée dans l'expertise s'agissant de l'administration de la clexane et la recourante ne soutient pas de manière convaincante que tel ne serait pas le cas. Appelée à se prononcer à ce propos, les expertes ont au contraire expressément retenu que la prescription de cet anticoagulant respectait les règles de l'art, compte tenu d'une possible thrombose. Quoi qu'il en soit, pour statuer sur une éventuelle violation du devoir de diligence, il convient de se replacer dans la situation concrète au moment où les décisions ont été prises. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué en particulier que l'administration de la clexane, malgré l'antécédent hémorragique, constituait une prescription thérapeutique indiquée sur la base d'éléments de suspicion d'une thrombose de la veine cave inférieure, rappelant à cet égard que la thrombose de la veine cave inférieure représentait un risque important potentiellement mortel. Il a encore ajouté que la pesée des intérêts du risque hémorragique était difficile, mais que s'il avait été proposé d'augmenter les doses de cet anticoagulant, c'était qu'il avait été retenu que le risque thrombotique était plus élevé. Il n'est

- 54 - ainsi pas question d'un mauvais choix thérapeutique. On doit considérer que les médecins ont agi avec la marge d'appréciation qui était la leur au moment des faits, sans adopter une attitude indéfendable ou manquer à un devoir élémentaire.

#### **E. 3.4.4**

Vu l'absence de lésion illicite et de négligence, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité. Cela étant, s'il fallait déduire l'existence d'une lésion illicite en lien avec l'administration de la clexane – ce qui n'est pas le cas vu qu'il y a eu consentement du patient et qu'il y a une absence de faute des médecins –, il ne serait pas possible de conclure que c'est la prise de ce médicament, qui serait à l'origine de tout ou partie de la complication hémorragique, puisque à dire d'expertes, la maladie avancée de M. \_\_\_\_\_ limitait les traitements thérapeutiques et le rendait plus vulnérable aux complications, lesquelles étaient imminentes. Autrement dit, si la clexane n'avait pas été administrée, on ne peut pas affirmer que M. \_\_\_\_\_ n'aurait pas présenté le choc hémorragique avec le saignement d'une métastase hépatique dont il a souffert. Partant, les constatations de fait ne permettent pas de retenir un lien de causalité.

#### **E. 3.4.5**

Compte tenu de ce qui précède, on peut exclure toute lésion corporelle au sens de l'art. 125 CP, due à un quelconque acte des praticiens visés dans la plainte.

#### **E. 3.5**

En définitive, force est de considérer que les infractions des art. 117 et 125 CP n'ont pas pu être commises, respectivement qu'il n'y a pas de soupçon justifiant une mise en accusation. En cas de renvoi en jugement, la probabilité d'une condamnation apparaît quasi exclue. Aucune mesure d'instruction, et en tout cas pas les réquisitions demandées par la recourante, notamment le complément d'expertise, ne permettrait d'aboutir à une appréciation différente. C'est donc à juste titre que le Procureur a rendu l'ordonnance de classement attaquée.

- 55 - 4. Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance entreprise confirmée. Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt (art. 422 al. 1 CPP), par 5'390 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP). La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure.

- 56 - Par ces motifs, la Chambre des recours pénale prononce : I. Le recours est rejeté. II. L'ordonnance du 14 décembre 2021 est confirmée. III. Les frais d'arrêt, par 5'390 fr. (cinq mille trois cent nonante francs), sont mis à la charge de la recourante J. \_\_\_\_\_. IV. L'arrêt est exécutoire. La présidente : La greffière : Du Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à : - Me Marc Hochmann Favre, avocat (pour J. \_\_\_\_\_), - Ministère public central, et communiqué à : - M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales, par l'envoi de photocopies.

- 57 - Le présent arrêt 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). En vertu de l'art. 135 al. 3 let. b CPP, le présent arrêt peut, en tant qu'il concerne l'indemnité d'office, faire l'objet d'un recours au sens des art. 393 ss CPP devant le Tribunal pénal fédéral (art. 37 al. 1 et 39 al. 1 LOAP [loi fédérale du 19 mars 2010 sur l'organisation des autorités pénales ; RS 173.71]). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal pénal fédéral dans un délai de dix jours dès la notification de l'arrêt attaqué (art. 396 al. 1 CPP). La greffière :

**E. 7**

consid. 3.3, JdT 2004 I 497).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.