

**CHAMBRE DES RECOURS PENALE**

---

---

Arrêt du 4 septembre 2017

---

Composition : M. M A I L L A R D, président  
MM. Krieger et Abrecht, juges  
Greffier : M. Ritter

\*\*\*\*\*

**Art. 125 CP; 319 CPP**

Statuant sur le recours interjeté le 28 juin 2017 par **L. \_\_\_\_\_** contre l'ordonnance de classement rendue le 2 juin 2017 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE15.009790-MAO**, la Chambre des recours pénale considère :

**En fait :**

**A.**           **a)** Par acte du 2 mai 2015 posté au Royaume-Uni, reçu par le Ministère public le 8 mai suivant, L. \_\_\_\_\_ a déposé plainte pénale contre divers médecins nommément désignés et contre inconnu, pour lésions corporelles graves par négligence, subsidiairement lésions corporelles simples par négligence (P. 4).

La plaignante a soutenu, en bref, que les médecins du service de traumatologie du CHUV et d'autres médecins, comme exposé plus en détail ci-après, auraient omis de diagnostiquer, notamment par des examens radiologiques, et, partant, de traiter, une fracture de la vertèbre D7 et des côtes 6 à 10, consécutives à une chute de cheval survenue le 25 juillet 2010. Les lésions en question auraient, selon elle, occasionné des séquelles durables, avec des douleurs massives, une mobilité et une résistance limitées, ainsi qu'une incapacité de travail. Elle a ajouté que le traitement prescrit par le CHUV était inadéquat, en ce sens qu'elle n'aurait pas dû être mobilisée et que sa colonne vertébrale aurait dû être stabilisée au moyen d'un corset ou d'une vertébroplastie (P. 4).

**b)** Après une chute de cheval, la plaignante a été conduite en ambulance au CHUV, où elle a été hospitalisée au service de traumatologie du 25 au 30 juillet 2010. A son arrivée, ont été diagnostiquées une fracture médiane du corps de la clavicule, une fracture non disloquée de la lame de l'omoplate et des fractures des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes au niveau dorsal à droite (P. 41, p. 4).

Le 28 juillet 2010, la patiente a subi une intervention pratiquée par les Drs [...] et [...], consistant en une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la clavicule droite par plaque, qui s'est déroulée sans complication. Après l'opération, un gilet orthopédique avec mouvements assistés activement a été posé pour une durée de six semaines (P. 17).

Le 30 juillet 2010, la plaignante est rentrée chez elle. Elle a ensuite subi des contrôles radiologiques au CHUV les 10 septembre et 22 octobre 2010.

Du 12 novembre au 20 décembre 2010, la plaignante été suivie par le Dr [...]. Celui-ci a établi un certificat médical le 25 novembre 2010 qui faisait état, chez la plaignante, de douleurs persistantes au niveau de l'hémithorax. Il y indiquait qu'à la lecture des radiographies réalisées initialement au CHUV, il constatait une fracture claviculaire du

tiers moyen ostéosynthésée, une fracture corporéale de la scapula droite et des fractures des arcs postérieurs des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes à droite. Dans ce même écrit, le praticien a exposé qu'à la demande de la patiente, un bilan radiographique avait été réitéré le 25 novembre 2010, lequel avait mis en évidence une fracture claviculaire droite ostéosynthésée, une fracture consolidée avec un cal osseux du corps scapulaire droit, des fractures consolidées avec un cal osseux des arcs postérieurs des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes à droite, ainsi que des fractures consolidées des arcs moyens des 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côtes à droite (P. 42/3).

Le 15 décembre 2010, sur ordonnance du Dr [...], la plaignante a effectué un examen CT-scan à la [...], à Lausanne. Un rapport établi le même jour sous la signature du Dr [...] indique que cet examen a révélé quatre hypodensités intra-hépatiques évocatrices de kystes biliaires, l'absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive, des doubles foyers de fractures des arcs postérieurs et des tiers moyens des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> côtes droites, sans signe évident en faveur d'une éventuelle pseudarthrose, ainsi que des fractures d'allure consolidée des arcs postérieurs des 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> côtes (P. 42/5; P. 42/26).

En date du 22 mars 2011, la plaignante a subi un examen IRM du rachis thoracique à [...], à [...], Lancashire (Royaume-Uni). Le 23 mars 2011, le Dr [...], consultant en radiologie, a établi un rapport en anglais faisant état d'une légère cunéiformisation au niveau de la vertèbre T7. Il a qualifié cette altération de « *very minor* » et sans atteinte des éléments dorsaux ni présence d'un prolapsus discal. Le radiologue britannique a conclu de la manière suivante : « *evidence of minor anterior wedging of the T7 vertebral body with loss of the T6/T7 disc height; no evidence of involvement of the posterior elements* » (P. 42/7).

Le 2 mai 2011, une IRM de l'entier de la colonne vertébrale de l'intéressée a été réalisée à la [...], à Lausanne. Cet examen a mis en évidence une minime cunéiformisation au niveau de la 7<sup>e</sup> vertèbre thoracique, sans tassement récent, et des discrètes discopathies aux deux derniers niveaux lombaires (P. 41, p. 5; P. 42/8).

Le 27 mai 2011, la plaignante a consulté le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, en raison de douleurs persistantes et, aussi désormais, irradiantes électrisantes dans la région inférieure droite du thorax. Suite à cette consultation, le neurologue a adressé un rapport au Dr [...] en date du 31 mai 2011. Dans cet écrit, il a exposé à son confrère que l'examen neurologique n'avait révélé aucune constatation pathologique, ni aucune atrophie musculaire et que la mobilité était préservée. Il a encore précisé que le status neurologique de la patiente ne montrait pas d'altération des réflexes, de déficit moteur ou sensitif ou encore d'atrophie ou d'hypomyotrophie (P. 41, p. 5; P. 42/9).

Le 16 septembre 2011, en raison de douleurs persistantes, l'intéressée a effectué un CT-scan thoracique à [...] afin de déterminer si elle souffrait de pseudarthrose. Après avoir analysé le CT-scan, le Dr [...], radiologue FMH, a conclu dans son rapport que plusieurs foyers de synéchies pleuroparenchymateuses étaient individualisés et que toutes les fractures dont souffrait la patiente étaient consolidées, avec toutefois la présence d'un cal d'aspect irrégulier en regard des 3<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> arcs postérieurs (P. 41, p. 5; P. 42/11).

Le 13 octobre 2011, le Professeur [...], qui suivait la plaignante depuis le 11 juillet 2011, a envoyé un courrier au médecin traitant de l'intéressée, le Dr [...]. Il y indiquait en substance que la patiente se plaignait de douleurs brûlantes et lancinantes électriques, considérées comme étant de nature neuropathique. Le professeur a relevé que le CT-scan thoracique récent confirmait une consolidation des fractures costales et de l'omoplate, sans argument en faveur d'une éventuelle pseudarthrose. En outre, il a mentionné que la plaignante présentait une évolution satisfaisante sur le plan orthopédique mais qu'elle avait progressivement développé un état douloureux thoracique avec des symptômes neuropathiques. Il a expliqué que, sur un plan clinique, la compression thoracique ne permettait pas de reproduire les symptômes décrits, ce qui ne plaidait pas en faveur d'une origine mécanique (P. 42/12).

La plaignante a consulté le Dr [...], spécialiste FMH en neurochirurgie, à la [...]. Ce praticien l'a adressée à l' [...] pour une IRM dorsale. Le rapport radiologique établi le 10 septembre 2012 par la Dresse [...] a conclu à des discrets remaniements dans le sens de petites hernies intra-spongieuses séquelles de Scheuermann dans les plateaux des vertèbres T6, T7, T8 et également deux discrètes discopathies avec des protusions discales au niveau T6-T7 et légèrement plus importantes au niveau T7-T8. Elle a ajouté que la vertèbre T7 présentait une minime perte de hauteur de son mur antérieur qui pourrait être post-traumatique ancienne. Elle a également noté la présence d'hémangiomes dans les vertèbres T8, T9 et T10 (P. 42/18).

Le Dr [...] a adressé le 15 octobre 2012 un courrier au Dr [...], dans lequel il lui a indiqué que l'IRM dorsale de la patiente mettait en évidence une irrégularité des plateaux vertébraux supérieur et inférieur de la vertèbre thoracique T7 avec une double discopathie T6-T7 et T7-T8. Il a évoqué qu'il était fort possible que, sur un terrain ancien d'une maladie de Scheuermann, la situation ait été péjorée en raison du traumatisme lié à la chute de cheval. Le chirurgien ne préconisait pas d'intervention chirurgicale en raison de l'absence de cyphose, d'hernie discale ou de déficits pathologiques (P. 41, p. 6; P. 42/19).

Le 4 mars 2013, la plaignante a derechef consulté le Dr [...]. Par courrier adressé le même jour à son confrère [...], ce praticien a exposé que la patiente ne présentait pas de problème évolutif particulier et qu'en cas de troubles neuropathiques, il existait toujours un contexte psychologique (P. 42/25<sup>ter</sup>).

Le 1<sup>er</sup> avril 2014, la plaignante a consulté le Dr [...], spécialiste FMH en orthopédie, à Zurich. Celui-ci a mis en lumière un tableau clinique chronicisé avec une composante psychique dans le sens d'un trouble de l'élaboration de la douleur et des mécanismes de coping insuffisants. Il a exposé qu'une intervention chirurgicale telle qu'une spondylodèse n'était

pas indiquée. En revanche, il a préconisé que la patiente cesse de porter son corset trois points (P. 41, p. 7).

Le 29 juillet 2014, la plaignante a consulté le Dr [...], spécialiste FMH en neurochirurgie, à Zurich. Ce médecin a considéré qu'une cause neurologique était improbable et que la patiente souffrait d'un syndrome douloureux étendu avec une chronicisation et qu'elle présentait des éléments d'une fibromyalgie (P. 41, p. 7).

Le 15 septembre 2014, sur demande du Dr [...], la plaignante a effectué une scintigraphie et un Spect-CT de la colonne vertébrale, ainsi qu'un ISG à la [...], à Zurich. Cet examen a mis en évidence des fractures consolidées des côtes 3 à 7 à droite, avec une légère malposition, sans pseudarthrose (P. 41, p. 7).

**c)** Le 30 avril 2013, l'intéressée, agissant par son conseil d'alors, s'est adressée au Bureau d'expertise extra-judiciaire de la Fédération des médecins suisses (ci-après : FMH) afin qu'elle mette en œuvre une expertise extrajudiciaire (P. 4/13). Ce mandat a été confié au Professeur [...] et au Dr [...], exerçant tous deux à l'Hôpital Universitaire de Berne (Inselspital), avec pour mission de déterminer si les médecins qui avaient pris en charge la patiente au CHUV, lors de son séjour du 25 au 30 juillet 2010, auraient commis des erreurs dans le diagnostic ou dans le traitement.

Les experts ont déposé leur rapport d'expertise extra-judiciaire les 19 avril/20 mai 2016 (version allemande : P. 40; version française : P. 41). Les experts ont d'abord évoqué l'existence éventuelle d'une maladie de Scheuermann. A cet égard, ils ont relevé que les altérations vertébrales constatées sur les clichés radiologiques étaient, « (...) outre la cunéiformisation des vertèbres, des aspects typiques d'une maladie de Scheuermann de type 1. Formellement, tous les quatre critères du diagnostic d'une maladie de Scheuermann ne sont pas remplis (...) mais la définition fait aussi débat au sein du milieu des spécialistes de la colonne

vertébrale ». Ils ont précisé que l'expertisée présentait une cyphose thoracique (P. 41, ch. 3.1.c in fine, p. 14).

Pour le reste, les experts ont en particulier considéré ce qui suit :

« (...) Les experts ont jugé que le traitement faisant l'objet de la discussion s'est fait dans les règles de l'art, ils n'ont pas constaté d'erreur de diagnostic et/ou de traitement ni d'erreur d'investigation. (...)

Au niveau de la colonne vertébrale et de la clavicule, il n'y a aucune atteinte à la santé causée par le traitement. (...) Les fractures des côtes dorsales et latérales C3-C7 et C8-C10 à droite ont été traitées de façon conservatrice, ce qui, en l'absence de complications (...), correspond à la pratique courante. Des douleurs post-traumatiques après un traumatisme émoussé du thorax ne sont pas rares mais on ne les améliore pas par une stabilisation chirurgicale, surtout dans le cas de fractures dorsales. (...) » (P. 41, ch. 3.3 et 4.1, p. 16).

S'agissant en particulier des erreurs reprochées aux médecins du CHUV, les experts ont relevé ce qui suit :

« On peut clairement confirmer ici que même une détection plus précoce de la cunéiformisation de T7 n'aurait pas eu pour conséquence un traitement spécifique, qu'il s'agisse d'une cause associée à une maladie de Scheuermann ou d'une cause d'origine traumatique. En aucun cas une immobilisation de la colonne vertébrale par le repos au lit ou par un corset n'aurait été indiquée, il en va de même pour une augmentation avec du ciment (vertébroplastie) ou même une stabilisation par des instruments. (...) » (P. 41, ch. 3.3, p. 13).

**d)** Par ordonnance du 17 juillet 2015, le Ministère public central a accordé l'assistance judiciaire gratuite à la partie plaignante et lui a désigné un conseil juridique gratuit.

**e)** Par ordonnance du 9 septembre 2016, le Ministère public central a, notamment, révoqué le mandat du conseil juridique gratuit désigné le 17 juillet 2015 (I) et renoncé à nommer un nouveau conseil juridique gratuit à la partie plaignante (III). La Procureure a retenu que l'instruction était terminée et que l'avis de prochaine clôture du 18 août 2016 indiquait qu'une ordonnance de classement serait rendue.

**B.** Par ordonnance du 2 juin 2017, le Ministère public central a ordonné le classement de l'instruction ouverte à la suite de la plainte de L.\_\_\_\_\_ (I), a statué sur le sort de diverses pièces à conviction (II et III), a rejeté la demande d'indemnité présentée par la plaignante (IV) et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (V).

Quant au sort de l'action pénale, la Procureure a, en substance, considéré que l'expertise avait permis d'écartier avec certitude tout lien de causalité entre l'omission d'un CT-scan d'urgence au CHUV et toute atteinte à la santé de la patiente au niveau de la colonne vertébrale, dès lors que les experts avaient confirmé que, quand bien même la détection de la cunéiformisation de la vertèbre T7 aurait eu lieu plus tôt, il n'en demeurerait pas moins qu'un traitement spécifique n'aurait pas été prescrit. Qui plus est, la patiente présentait une maladie de Scheuermann pouvant être considérée comme une prédisposition constitutionnelle, à savoir un état pathologique antérieur à l'accident augmentant le dommage de manière fortuite, de sorte que l'atteinte à la santé de la plaignante se serait réalisée même sans le fait dommageable incriminé.

**C.** Par acte du 28 juin 2017, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette ordonnance, en concluant implicitement à son annulation, respectivement à sa réforme, en ce sens que le Ministère public poursuive l'instruction sur la base des faits dénoncés, contre les médecins l'ayant prise en charge au CHUV, ainsi que contre les Drs [...] et [...].

Il n'a pas été ordonné d'échange d'écritures.

**En droit :**

**1.**

**1.1** Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le ministère public en application des art. 319 ss CPP dans les dix jours devant 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; RSV 312.01]; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

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

**1.2** La recourante soutient qu'étant domiciliée à l'étranger, elle devrait bénéficier d'un délai de vingt jours supplémentaires pour motiver son recours.

Le délai de recours est prévu par l'art. 396 al. 1 CPP, déjà mentionné. S'agissant d'un délai fixé par la loi, il ne peut pas être prolongé (art. 89 al. 1 CPP). La loi ne prévoit aucune exception pour les personnes domiciliées à l'étranger. L'art. 92 CPP, dont se prévaut la recourante, ne concerne que les délais fixés par les autorités. Aucun délai supplémentaire ne saurait donc être accordé à la recourante.

## **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 ou à toute sanction en vertu de dispositions légales (let. e). L'art. 319 al. 2 CPP prévoit encore deux autres motifs de classement exceptionnels (intérêt de la victime ou consentement de celle-ci au classement).

De manière générale, les motifs de classement sont ceux « qui déboucheraient à coup sûr ou du moins très probablement sur un acquittement ou une décision similaire de l'autorité de jugement »

(Message du Conseil fédéral relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 pp.1057 ss, spéc. 1255). Un classement s'impose donc lorsqu'une condamnation paraît exclue avec une vraisemblance confinante à la certitude. La possibilité de classer la procédure ne saurait toutefois être limitée à ce seul cas, car une interprétation aussi restrictive imposerait un renvoi en jugement, même en présence d'une très faible probabilité de condamnation (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1; TF 1B\_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1). Le principe « *in dubio pro duriore* » exige donc simplement qu'en cas de doute, la procédure se poursuive. Pratiquement, une mise en accusation s'impose lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement (ATF 137 IV 219 consid. 7; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1; ATF 138 IV 186 consid. 4.1; TF 1B\_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1).

## **2.2**

**2.2.1** Aux termes de l'art. 125 CP (Code pénal; RS 311.0), celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé sera, sur plainte, puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (al. 1). Si la lésion est grave, le délinquant sera poursuivi d'office (al. 2).

Conformément à l'art. 12 al. 3 CP, il y a négligence si, par une imprévoyance coupable, l'auteur a agi sans se rendre compte ou sans tenir compte des conséquences de son acte. La négligence suppose tout d'abord que l'auteur ait violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible. En second lieu, la violation du devoir de prudence doit être fautive, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir reprocher à l'auteur une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 135 IV 56 consid. 2.1; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3; ATF 129 IV 119 consid. 2.1).

En matière médicale, 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 (ATF 133 III 121 consid. 3.1). Il n'a pas à répondre des dangers ou des risques qui sont inhérents à tout acte médical et à toute maladie. Il 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. 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 7 consid. 3.3, JdT 2004 I 497; cf. au surplus, quant à la responsabilité pénale à raison d'actes médicaux, CREP 5 décembre 2016/822).

**2.2.2** L'infraction de lésions corporelles par négligence constitue une infraction de résultat, qui suppose en général une action, mais qui, conformément à l'art. 11 al. 1 CP, peut aussi être réalisée par le fait d'un comportement passif contraire à une obligation d'agir. Selon l'art. 11 al. 2 CP, reste passif en violation d'une obligation d'agir celui qui n'empêche pas la mise en danger ou la lésion d'un bien juridique protégé par la loi pénale bien qu'il y soit tenu à raison de sa situation juridique, notamment en vertu de la loi (let. a), d'un contrat (let. b), d'une communauté de risques librement consentie (let. c), de la création d'un risque (let. d). L'art. 11 al. 3 CP précise que celui qui reste passif en violation d'une obligation d'agir n'est punissable à raison de l'infraction considérée que si, compte

tenu des circonstances, il encourt le même reproche que s'il avait commis cette infraction par un comportement actif.

Ainsi, selon cette norme, une infraction de commission par omission est réalisée lorsque la survenance du résultat que l'auteur s'est abstenu d'empêcher constitue une infraction, que ce dernier aurait effectivement pu éviter le résultat par son action et qu'en raison de sa situation juridique particulière, il y était à ce point obligé que son omission apparaît comparable au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (cf. ATF 117 IV 130 consid. 2a p. 132 s.; TF 6B\_661/2015 du 17 mai 2016 consid. 2.1; TF 6B\_844/2011 du 18 juin 2012 consid. 3.1.1). Pour déterminer si un délit de commission par omission est réalisé, il y a tout d'abord lieu d'examiner si la personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait dans une situation de garant. Ce n'est que si tel est le cas que l'on peut établir l'étendue du devoir de diligence qui découle de cette position de garant et quels actes concrets l'intéressé était tenu d'accomplir en raison de ce devoir de diligence. Lorsque l'auteur a omis de faire un acte qu'il était juridiquement tenu d'accomplir, il faut encore se demander si cette omission peut lui être imputée à faute (ATF 133 IV 158 consid. 5.1; ATF 113 IV 68 consid. 5; TF 6B\_661/2015 du 17 mai 2016 consid. 2.1).

**2.2.3** Il faut encore qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le résultat dommageable. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée. Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate. L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat. La causalité adéquate est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la

survenance du résultat ou lorsqu'il est simplement possible qu'il l'eût empêché (TF 6B\_1165/2015 du 20 avril 2016 consid. 2.2.1 et les références citées).

Il y a par ailleurs rupture du lien de causalité adéquate, l'enchaînement des faits perdant sa portée juridique, si une autre cause concomitante – par exemple une force naturelle, le comportement de la victime ou celui d'un tiers – propre au cas d'espèce constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait pas s'y attendre. Cependant, cette imprévisibilité de l'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 celui-ci, notamment le comportement de l'auteur (TF 6B\_1165/2015 du 20 avril 2016 précité).

## **2.3**

**2.3.1** Dans un premier moyen préalable, tendant implicitement à la nullité de l'ordonnance, la recourante soutient que le mandat de son conseil juridique gratuit avait été révoqué sans qu'un nouvel avocat lui ait été désigné, ce qui contreviendrait, selon elle, à ses droits procéduraux élémentaires.

Le refus de désignation d'un nouveau conseil juridique gratuit a fait l'objet de l'ordonnance de la Procureure du 9 septembre 2016, aux termes de laquelle il n'y avait pas lieu à une nouvelle désignation pour le motif que l'instruction était terminée et que l'avis de prochaine clôture du 18 août 2016 indiquait qu'une ordonnance de classement serait rendue. Valablement notifiée à sa destinataire, cette ordonnance est entrée en force faute d'avoir fait l'objet d'un recours dans les dix jours (art. 396 al. 1 CPP). En tant qu'il revient sur l'objet de cette ordonnance, le moyen est donc tardif, partant irrecevable.

**2.3.2** Dans un moyen ultérieur, la recourante critique l'analyse des faits à laquelle a procédé le Ministère public. Elle fait en particulier grief à la Procureure de s'être écartée de l'expertise de la FMH dans la mesure où elle a retenu l'existence d'une maladie de Scheuermann pouvant être considérée comme une prédisposition constitutionnelle. La recourante soutient que les experts de l'Hôpital universitaire de Berne auraient au contraire nié l'existence d'une maladie de Scheuermann et que, de toute façon, ils seraient trop jeunes pour officier comme des experts crédibles.

En l'espèce, force est de constater que le rapport d'expertise mentionne (p. 14) que les altérations visibles sur les clichés de la recourante sont des aspects typiques de la maladie de Scheuermann, même si les quatre critères de la maladie ne sont pas tous réunis. Les experts ont ajouté que, précisément chez la recourante, il y avait une cyphose thoracique. Peu importe donc qu'ils n'aient pas posé le diagnostic de maladie de Scheuermann, définition qui, comme ils l'ont précisé, fait du reste débat au sein du milieu des spécialistes de la colonne vertébrale. On ne saurait donc suivre la recourante lorsqu'elle soutient que l'ordonnance de classement contredirait l'expertise sur ce point.

Quant à l'âge des experts, il peut être relevé que c'est l'intéressée, par son conseil de l'époque, qui a décidé de saisir le Bureau d'expertise extra-judiciaire de la FMH le 30 avril 2013; les deux experts désignés exerçaient leur mandat à l'Hôpital universitaire de Berne, dont l'un comme professeur. On ne saurait donc prétendre que les experts seraient incompetents pour le motif que leurs conclusions ne conviennent pas à la recourante.

De manière plus générale, la recourante semble soutenir que les nombreux médecins qu'elle a consultés auraient tous constaté des lésions post-traumatiques dues à l'accident et au traitement. En réalité, c'est inexact. Certains médecins n'apportent aucune indication sur ce point. Le Dr [...] a constaté les fractures dans ses certificats des 25 novembre et 23 décembre 2010, mais il n'est pas contesté que des fractures ont été causées par la chute de cheval. Il est d'ailleurs à relever

que si le Dr [...] a, pour sa part, conclu dans son rapport du 31 mai 2011 que la recourante avait, selon lui, reçu de mauvaises informations et craignait que ses atteintes ne soient pas reconnues, il avait ajouté qu'aucune atteinte neurologique n'avait été constatée, les allégations de la recourante quant à un mauvais traitement au CHUV n'étant pas documentées. Le Professeur [...] est allé dans le même sens dans son rapport du 13 octobre 2011.

Cela étant, la recourante fait grand cas du rapport du Dr [...] du 3 février 2012 (P. 42/13), qui nie effectivement toute cyphose et confirme la présence d'une cunéiformisation du corps vertébral C7 relativement minime, sans instabilité. Ecartant expressément toute cyphose, ce praticien a confirmé son diagnostic dans son rapport du 15 octobre 2012 (P. 42/19), en ajoutant qu'il était fort possible qu'un terrain de maladie de Scheuermann déjà ancien ait pu favoriser les douleurs. Dès lors, même si l'ordonnance attaquée ne reprend pas mot pour mot l'avis des experts quant à une possible maladie de Scheuermann, il n'en reste pas moins qu'aucun des médecins consultés par la recourante n'a constaté que ses douleurs pourraient provenir de l'opération et des soins exécutés au CHUV. Au contraire, selon les rapports médicaux produits au dossier, il n'existe aucun lien entre les soins donnés au CHUV et les douleurs de la recourante. En effet, de toute manière, d'une part, et selon le Dr [...], il existait peut-être un terrain favorable pour une maladie de Scheuermann, et, d'autre part, les constatations strictement physiques ne concordent pas avec une lésion en lien avec la prise en charge ou le traitement médical. Comme l'ont relevé les experts, le traitement a été fait dans les règles de l'art. Ce qui précède s'applique aussi aux autres médecins que la plaignante met en cause.

Ainsi, la lésion constatée, soit une cunéiformisation du corps vertébral C7, ne peut pas être mise en lien de causalité avec les soins ou l'opération incriminés, indépendamment de l'origine des symptômes ainsi traités. Le fait que cette lésion soit consécutive à la chute de cheval n'y change donc rien.

En outre, l'élément constitutif principal d'une éventuelle infraction de lésions corporelles par négligence, soit une négligence coupable consistant en une erreur médicale, n'est de toute façon pas réalisé, pour les motifs ci-après.

La recourante se plaint de la manière dont les soignants l'ont immobilisée à son arrivée au CHUV et fait référence à ses propres recherches sur internet. Plus précisément, la recourante relève qu'elle a passé les trois premiers jours au CHUV en position assise, sans qu'un spécialiste du rachis l'ausculte, ni qu'un examen par IRM soit effectué. Les experts commis par la FMH se sont prononcés précisément sur ce point en relevant que, selon les indications relevées par l'arrivée aux urgences et les tests physiques exécutés, il n'existait aucune indication pour préconiser un CT-scan; ils ont ajouté que cet examen n'aurait d'ailleurs rien apporté de plus, puisque la présumée fracture vertébrale n'aurait dû être ni immobilisée, ni augmentée, ni stabilisée. De toute manière, les experts ont expliqué que le traitement dont la recourante soutient qu'il n'avait fautivement pas été prodigué, occasionnant ainsi ses douleurs chroniques, n'aurait pas été adéquat. Cela suffit à sceller le sort du recours.

**2.3.3** De manière confuse, la recourante fait enfin état de pressions qui auraient été exercées, à son préjudice, par des tiers non désignés nommément, sur l'expert [...], les juges et le Ministère public. Faute d'indications objectives, ces allégations ne méritent pas discussion.

**2.3.4** Faute d'infraction, c'est donc à juste titre que la Procureure a classé la procédure (art. 319 al. 1 let. a CPP), même si sa référence à l'art. 319 al. 1 let. d CPP est erronée. L'ordonnance échappe ainsi à la critique quant à son résultat, soit dans son dispositif.

**3.** Au vu de ce qui précède, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans autre échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance attaquée confirmée.

Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt, par 1'650 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010; RSV 312.03.1]), seront mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP).

Par ces motifs,  
la Chambre des recours pénale  
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance du 2 juin 2017 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 1'650 fr. (mille six cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à :

- Mme L. \_\_\_\_\_,
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :