

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 15 juin 2022

Composition : M. PERROT, président
Mmes Fonjallaz et Byrde, juges
Greffière : Mme Jordan

Art. 12 al. 3, 125 CP, 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 9 septembre 2021 par Q._____ contre l'ordonnance de classement rendue le 30 août 2021 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE16.013690-HRP**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. Le 29 juin 2016, Q._____ a déposé une plainte pénale contre le Dr H._____, médecin spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, pour lésions corporelles graves à son égard ainsi que pour mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui à l'égard de sa fille, W._____, née le [...] 2016.

Q. _____ reproche au prévenu de l'avoir, alors qu'il procédait à son accouchement dans la nuit du 9 au 10 février 2016 à la Clinique F. _____ [...], invitée à pousser alors que le bébé n'était pas assez descendu, d'avoir eu recours à des instruments (ventouse et forceps) alors qu'elle y aurait été opposée, d'avoir essayé de tirer le bébé, sans avoir remarqué qu'il avait changé de position - ce qui aurait eu pour conséquence de le coincer et de le blesser à la tête ainsi que de déchirer les parois génitales de la plaignante - et d'avoir tardé à procéder à une césarienne d'urgence, engageant ainsi le pronostic vital de l'enfant. En pratiquant finalement une césarienne, le prévenu aurait également déchiré le vagin de la plaignante lors de l'extraction de l'enfant, qui était coincé, et suturé l'uretère gauche de la plaignante, lui causant une lésion sténosante dudit uretère et un gonflement du rein gauche. Q. _____ aurait ensuite dû subir plusieurs interventions chirurgicales et souffert d'infections urinaires. Elle souffrirait en outre continuellement de douleurs au rein et à la vessie, serait incapable d'aller à la selle normalement et rencontrerait de vives douleurs lors de ses rapports sexuels.

Entendue le 31 janvier 2017, Q. _____ a confirmé sa plainte et ajouté qu'elle reprochait également au Dr H. _____ des manquements dans la planification et dans la gestion de la crise.

b) Le Dr H. _____ a été entendu les 31 janvier et 24 avril 2017 par le Ministère public. Ses déclarations sont, en résumé, les suivantes.

Entendu le 31 janvier 2017 (PV aud. 1), s'agissant de la première phase de l'accouchement, le Dr H. _____ a expliqué que la dilatation du col de l'utérus de la plaignante était passée de 3 cm à 2 h 30 à une dilatation complète à 3 h 00 ou 3 h 05, ce qui impliquait qu'en trente minutes, son col s'était totalement ouvert et que le bébé était descendu dans le bassin contre la symphyse pubienne (l. 184-186). A l'arrivée du prévenu à 2 h 55, la poche des eaux était intacte et il l'avait rompue (l. 188-189). La plaignante avait ensuite été stimulée à pousser,

car elle ne sentait pas bien les contractions et l'envie de pousser, ce que l'anesthésie péridurale pouvait expliquer (l. 198-202). H. _____ a ensuite déclaré qu'il avait évalué la présentation du bébé en position antérieure (l. 208-209). Après la première série de poussées, qui avait duré 13 minutes, ils avaient interrompu les poussées et avaient tourné la patiente sur le côté afin de favoriser la descente du bébé, qui s'était arrêté au niveau de la symphyse pubienne. Avant cela, le bébé se trouvait peut-être à 1 cm au-dessus de la symphyse pubienne. Après 15 minutes, la patiente avait été remise sur le dos et le bébé était descendu. A ce moment-là, le prévenu avait augmenté la dose d'ocytocine pour favoriser l'expulsion. A nouveau, il avait fait pousser la patiente pendant 10 minutes (l. 213-219).

En ce qui concerne le recours aux instruments, le Dr H. _____ a déclaré qu'après les poussées de la plaignante et en raison de la non-progression de la tête du bébé, il avait décidé de poser une ventouse pour extraire celui-ci (l. 219-221), précisant qu'en présence d'une femme ayant déjà accouché au moins une fois, la durée d'attente entre la dilatation complète et l'expulsion du bébé était d'environ une heure ; au-delà, il fallait prendre des mesures pour aider le bébé à sortir (l. 222-225). En l'occurrence, la dilatation complète chez la plaignante avait été atteinte à 3 h 00 et au moment où il avait pris la décision de faire usage de la ventouse, il était 4 h 10. Il avait posé la première ventouse sur la base de la position de l'occiput, qui aurait été estimée par la sage-femme et par lui-même, à savoir contre la symphyse. Ils s'étaient toutefois trompés, dès lors qu'il s'agissait en réalité du front du bébé. Les tractions sur la première ventouse avaient fait lâcher le prévenu, de sorte qu'il avait posé une deuxième ventouse (l. 225-230). Il avait tiré prudemment mais le bébé ne descendait toujours pas. Après avoir effectué un toucher de la tête du bébé, le Dr H. _____ s'était aperçu que celui-ci se trouvait en réalité en position postérieure (l. 231-233). Au vu de cette position défavorable, il avait essayé de tourner le bébé par l'utilisation d'une seule branche du forceps, comme une cuillère. Il s'agissait d'une tentative de dernière chance, qui s'était soldée par un échec. Il avait alors décidé à contrecœur de procéder à une césarienne d'urgence (l. 241-244).

Dans ses déterminations du 30 septembre 2019 (P. 99), le Dr H. _____ a maintenu, par l'intermédiaire de son défenseur, qu'il n'aurait posé qu'à deux reprises la ventouse et qu'il ne se serait servi qu'une fois d'une branche de forceps (P. 99, p. 2). Il a affirmé en outre qu'il n'aurait jamais invité la patiente à pousser alors qu'elle n'en ressentait pas le besoin, expliquant que les poussées de celle-ci auraient été spontanées et qu'il n'aurait rien fait pour les provoquer ou les accélérer. Il a enfin relevé que les sages-femmes auraient décidé sans son aval d'administrer de l'ocytocine à la plaignante.

Lors de son audition du 31 janvier 2017 (PV aud. 1), le Dr H. _____ a également contesté les allégations selon lesquelles les vies de la plaignante et de son bébé auraient été mises en danger. Il a notamment expliqué que le rythme cardiaque du bébé était descendu pendant sept minutes, qu'il s'était ensuite corrigé pendant deux minutes avant de redescendre pendant quatre minutes, ceci durant la phase active des manœuvres et de l'utilisation de la ventouse et du forceps pour les sept premières minutes et dans la phase qui avait suivi l'utilisation de ces instruments pendant la deuxième partie des quatre minutes. Lorsqu'ils étaient partis en salle d'opération, le rythme cardiaque du bébé s'était normalisé (l. 257-263). La mesure du pH artériel du bébé démontrait que le risque de lésions cérébrales était faible, voire nul. En outre, à sa sortie, le bébé avait crié et présentait un score à l'adaptation extra-utérine très bon (l. 265-274). Quant aux lésions visibles sur la photographie de l'enfant, elles étaient superficielles, sans conséquence et se résorbaient à deux semaines environ. Le pédiatre n'avait d'ailleurs pas considéré nécessaire de procéder à un IRM cérébral (l. 279-286).

S'agissant de la césarienne, le Dr H. _____ a expliqué qu'elle avait nécessité de replacer le bébé dans une position de début d'accouchement alors que l'on pensait pouvoir procéder par voie basse, ce qui était difficile à vivre pour la patiente et compliqué d'un point de vue médical. En effet, lorsque le corps se préparait pour un accouchement par voie basse, les organes de la voie d'accouchement remontaient dans le ventre, ce qui entraînait fréquemment une incision de césarienne trop

basse même si on y prêtait attention et qu'on la faisait plus haut que d'habitude (l. 297-300). La plaignante avait certainement souffert du moment, mais il ne s'agissait pas d'un mauvais contrôle de la douleur, auquel cas l'anesthésiste serait intervenu (l. 315-321). L'incision abdominale avait été faite sur les différentes couches, puis était intervenue l'incision utérine. L'assistant avait mis sa main dans le vagin de la patiente par les voies naturelles et avait remonté la tête du bébé. Celle-ci était déjà descendue jusqu'à la symphyse pubienne sous l'effet des contractions. Selon le prévenu, ce n'était pas la ventouse qui l'avait mise dans cette position (l. 328-333).

Selon le Dr H._____, les lésions du vagin et de la jonction entre le vagin, le col et l'utérus de la plaignante avaient été causées par le fait de remonter la tête du bébé de la partie médiane du vagin aux parties basse et haute du petit bassin (l. 334-336). L'incision de la césarienne ouvrait la moitié antérieure de l'utérus. En l'occurrence, l'incision de l'utérus s'était poursuivie par une déchirure à gauche, qui s'était prolongée jusqu'à l'arrière de l'utérus en raison de la manœuvre d'extraction du bébé et des tissus déjà fragilisés pendant le travail. Le même phénomène avait également causé deux déchirures longitudinales vaginales postérieures (l. 345-350). Le prévenu a ensuite expliqué qu'il était conscient de la proximité de l'uretère et du risque d'atteinte urétérale en raison de la déchirure de l'utérus et de la distension de l'anatomie de la patiente. Il avait dès lors suturé de la manière la plus superficielle possible afin d'éviter de prendre l'uretère, ce qui pouvait être une complication classique. Une fois cette intervention terminée, les saignements avaient perduré du côté gauche. Ces points de saignement avaient aussi été traités avec des points de suture. Le Dr M._____ et le prévenu avaient considéré que l'uretère n'était pas en danger et qu'ils se trouvaient dans une zone suffisamment sûre pour continuer l'intervention sans prendre d'autres mesures pour l'uretère (l. 352-363). Le contrôle des saignements était prioritaire pour éviter des hémorragies dangereuses. Les médecins avaient donc décidé de terminer la césarienne au plus vite (l. 371-373). S'agissant de la lésion causée à l'uretère de la plaignante, le Dr H._____ a expliqué que cet uretère avait présenté une coudure en

« S », que l'intervention du Dr A.G._____ avait permis de relâcher, car le point litigieux se trouvait dans la zone périphérique de l'uretère et non à travers (l. 391-393). Enfin, le prévenu a contesté que la distension du vagin de la plaignante soit le résultat des manœuvres obstétricales qu'elle avait subies. S'il a admis avoir commis « *un impair* » lorsqu'il avait évalué de manière erronée la position du bébé, le prévenu a affirmé que la difficulté de cet accouchement avait été la conséquence des circonstances naturelles de l'événement (l. 409-422).

Réentendu le 24 avril 2017 (PV aud. 2), le Dr H._____ a expliqué qu'à la suite de l'accouchement de Q._____, la Direction de la Clinique F._____ lui avait retiré l'accréditation qui lui permettait de pratiquer au sein de son établissement, sans qu'il en connaisse « *vraiment* » les raisons et sans qu'il ait été entendu auparavant. Considérant que cette décision était arbitraire, il avait ouvert une procédure judiciaire civile dans laquelle il demandait le procès-verbal de la séance de la commission médicale qui avait donné son préavis. Selon lui, des raisons de concurrence avaient motivé « *l'attitude* » du gynécologue de cette commission (l. 40 à 60). Le prévenu a ensuite expliqué qu'il y avait tout au plus deux ans auparavant, la Clinique [...] lui avait aussi retiré son accréditation, comme à d'autres confrères, à la suite d'un changement de propriétaire (l. 74-80).

S'agissant de la position de l'enfant qu'il avait mal évaluée, le prévenu a précisé qu'après avoir percé la poche des eaux, il avait contrôlé le statut obstétrical de la patiente qui avait atteint une dilatation complète. La tête du bébé était descendue. Tout laissait penser que la progression était physiologique et très rapide avec une position correcte du bébé et il avait par conséquent attendu que l'accouchement se fasse. Le dossier montrait que la sage-femme avait installé la patiente pour pousser à 3 h 00. Tous ces éléments lui avaient permis de penser que la position du bébé était correcte (l. 100 à 110).

S'agissant des lésions dont se plaignait Q._____, le prévenu a expliqué que, selon lui, la laxité vaginale observée par le Dr X._____

ne pouvait pas être imputée au forceps, car celui-ci n'avait pas servi comme outil d'extraction mais comme outil de rotation. La distension vaginale était le fait d'une césarienne pratiquée sur un enfant déjà descendu bas et d'avoir fait remonter celui-ci manuellement pour l'extraire. Il fallait en outre tenir compte du fait que la plaignante avait déjà accouché de deux gros bébés auparavant. Le prévenu a également expliqué que la dyspareunie profonde était une conséquence des déchirures survenues lors de la césarienne, que l'anorgasmie était une conséquence normale du fait d'avoir mal pendant les rapports sexuels et que la dyskésie avec trouble de la défécation était secondaire à la réparation des lésions cervico-vaginales et à la distension des tissus par la tête du bébé. Il a également relevé que la plaignante avait déjà souffert d'infections urinaires avant l'accouchement litigieux (l. 128 à 188).

c) Le Ministère public a procédé, le 18 septembre 2018, à l'audition en qualité de témoins des sages-femmes présentes lors de l'accouchement de la plaignante, soit J._____ et K._____. Il a également entendu, le 21 septembre 2018, N._____, cadre sage-femme, puis, le 22 novembre 2018, le Dr M._____, qui était intervenu en qualité d'assistant opératoire lors de la césarienne.

J._____ (PV aud. 3) a déclaré qu'elle avait eu l'impression que tout le monde était assez pressé, avant de préciser qu'elle parlait du gynécologue et de la patiente, qui avaient tous deux eu l'impression que l'accouchement serait rapide (l. 46-48). Arrivé peu après la pose de la péridurale, le Dr H._____ avait dit que la plaignante allait accoucher rapidement et avait demandé qu'elle soit installée pour les poussées. J._____ a indiqué que pour sa part, elle aurait attendu plus longtemps, expliquant qu'il était possible d'attendre jusqu'à deux heures depuis la dilatation complète pour commencer les poussées (l. 52 à 60). Le témoin a ensuite expliqué que la péridurale n'avait fait effet que partiellement et que les poussées de la plaignante, qui peinait à gérer la douleur, étaient inefficaces (l. 83-91). En mettant la main sur le ventre de la patiente puis en constatant que la ventouse posée par le prévenu allait loin, le témoin avait eu l'impression que la tête du bébé était assez haute. Avant qu'il

pose la ventouse, elle avait demandé au médecin dans quelle position se trouvait la tête du bébé. Elle avait eu l'impression qu'il ne savait pas et il avait marqué un temps avant de lui répondre (l. 123-132).

K. _____ (PV aud. 4) a déclaré se souvenir que lorsque le Dr H. _____ avait dit « *on s'installe pour pousser* », cela lui avait paru très tôt. Elle avait eu l'impression que la tête du bébé était haute à ce moment-là (l. 49-51). Avant de placer la ventouse, le médecin avait annoncé que l'enfant était en position postérieure. Lors de la pose de cet instrument, la témoin avait ensuite constaté que la tête du bébé était encore très haute (l. 65-68). Elle a également rapporté qu'à un moment donné elle avait senti que le médecin ne savait pas trop comment le bébé était positionné (l. 68-70). Il avait essayé de tirer sur la ventouse pour faire sortir le bébé, mais elle s'était décrochée et il avait essayé une deuxième fois sans succès. Il avait alors demandé les forceps puis tenté de tirer le bébé avec cet instrument (l. 70-74). Ensuite, il avait essayé de tourner la tête du bébé à l'aide d'une cuillère de forceps, ce qui avait marqué la témoin, qui avait eu peur qu'il arrache un œil au bébé (l. 76-79). K. _____ a ensuite expliqué qu'elle n'avait pas été à l'aise avec les gestes pratiqués et le monitoring qui n'était pas bon (l. 83-85). Elle avait craint qu'une réanimation néonatale soit nécessaire et constaté que le pédiatre était inquiet (l. 95-96). A sa sortie, l'enfant allait bien, mais, pour la témoin, il était défiguré. Elle a indiqué qu'il présentait une marque de ventouse sur le front au-dessus de l'œil, qui heureusement n'avait pas été atteint, ainsi qu'une petite blessure sur le front et un bout de peau arraché, avant d'expliquer que « *de [son] côté, [elle] revoyai[t] le Dr H. _____ farfouiller avec ses forceps* » (l. 102-105). L'utilisation de la spatule pour tourner le bébé avait choqué la témoin, qui avait eu l'impression que le médecin ne savait pas où se trouvait la tête de l'enfant. Elle avait également été choquée par l'utilisation des différents instruments. Evoquant un « *gâchis* », K. _____ a déclaré qu'il n'y avait eu aucune raison de se précipiter pour sortir cet enfant. Ils auraient eu le temps de le laisser descendre tout seul. Tant qu'ils n'avaient pas fait les efforts de poussées, le bébé allait bien. Il y avait eu « *une précipitation qui a[vait] engendré des gestes, qui [avaient] eu des conséquences* ». La témoin avait eu

l'impression que le médecin avait mis les instruments un peu au hasard (l. 111-126). Elle a ensuite expliqué qu'en voyant que le monitoring était moins bon, elle avait proposé d'attendre pour voir si l'enfant récupérait. Elle mettait en lien la souffrance de l'enfant avec les poussées, raison pour laquelle elle pensait qu'à ce moment-là, ils auraient pu attendre que le bébé descende seul (l. 187-194). Pour la témoin, « *la pathologie a[vait] été créée par les décisions trop actives* » qui avaient été prises (l. 201).

N._____ (PV aud. 5) a déclaré que ses deux collègues avaient utilisé le terme « *boucherie* » pour décrire ce à quoi elles avaient assisté (l. 162). Elles étaient en état de choc et K._____ pleurait lorsqu'elles étaient venues la voir pour lui parler de cet accouchement (l. 57-58). Pour N._____, les manœuvres obstétricales pratiquées par le prévenu avaient été inadéquates, de sorte qu'elle avait demandé à sa hiérarchie qu'il ne travaille plus au sein de la clinique (l. 60-64). A la question de savoir quelles manœuvres précisément elle avait jugé inadéquates, la témoin a expliqué qu'elle s'était basée sur le rapport de ses deux collègues qui étaient de bonnes praticiennes. Il y avait le fait que le prévenu ait fait pousser la patiente à 9 cm de dilatation, la multiplication des tentatives d'extraction avec instruments et la manœuvre consistant à placer une cuillère d'un côté et une main de l'autre. J._____ lui avait en outre indiqué que la présentation de la tête était incertaine, ce qui n'était pas acceptable pour la pose d'une instrumentation. La marque de la ventouse sur le front du bébé démontrait une erreur d'interprétation de la position du bébé, cet instrument ne devant jamais être posé à cet endroit. Enfin, les sages-femmes lui avaient également indiqué que le prévenu avait dû aller en profondeur avec sa main ce qui démontrait que le bébé était encore haut. Il n'avait ainsi pas atteint la hauteur exigée pour poser une instrumentation (l. 90-103). Analysant le cardiogramme qui lui avait été présenté, la témoin a indiqué que celui-ci faisait état de deux essais avec la ventouse (l'un à 4 h 10, le second entre 4 h 10 et 4 h 16), puis d'un essai de pose de forceps à 4 h 16 et d'un essai à 4 h 18 avec une cuillère et une main (l. 149-154). La témoin a également expliqué qu'une instrumentation était utilisée lorsque la patiente était sous péridurale. Si

celle-ci ne fonctionnait pas on pouvait ajouter l'anesthésie du nerf honteux (l. 175-179).

Entendu en qualité de personne appelée à donner des renseignements, le Dr M. _____ (PV aud. 6) a déclaré qu'il était arrivé au bloc opératoire pour une césarienne en urgence et que l'opération n'avait pas encore débuté. Il s'agissait d'une situation particulière car la patiente était à dilatation complète, ce qui transformait l'anatomie, à savoir que l'on ne voyait plus le col notamment. Cela pouvait être un piège, qui pouvait entraîner la complication que la patiente avait rencontrée sur l'uretère, ce qui n'était pas le cas d'une césarienne électorive où les repères anatomiques n'étaient pas modifiés (l. 80-86). Au moment de l'incision de l'utérus, le Dr H. _____ et le Dr M. _____ avaient constaté qu'ils n'arriveraient pas à extraire le bébé en passant simplement la main par l'ouverture, de telle sorte qu'ils avaient décidé de repousser la tête du bébé par la voie vaginale. C'est le Dr M. _____ qui avait effectué cette manœuvre, qu'il considérait comme une manœuvre de routine (l. 97-101). Le Dr M. _____ a ensuite exposé que la complication survenue à l'uretère de la plaignante était une complication connue et que plus la césarienne était réalisée dans l'urgence, plus le risque était grand. Il a déclaré qu'il lui était lui-même arrivé, comme premier opérateur, de suturer l'uretère d'une patiente et que le chirurgien qui n'avait pas eu de complications, soit n'existait pas, soit n'était pas honnête. Dans le cas d'espèce, à aucun moment le Dr H. _____ et lui-même n'avaient agi de manière cavalière. Tout avait été réfléchi et fait de manière précautionneuse (l. 105-111). Pour le Dr M. _____, il s'agissait d'une intervention qui s'était bien déroulée, bien que la césarienne ait été complexe, avec une extraction difficile. La patiente n'avait cependant pas saigné plus que normalement (l. 113-116). Les points de suture avaient été réalisés par le Dr H. _____. Pour sa part, le Dr M. _____ avait gardé les yeux rivés sur le champ opératoire. Il s'agissait d'une fermeture difficile à laquelle ils avaient procédé avec soin. Ils s'étaient posé la question de la localisation de l'uretère gauche, mais n'avaient pas les repères anatomiques habituels. Ils avaient dès lors probablement suturé un centimètre trop bas (l. 134-139).

d) Le 13 août 2019, le Prof. O._____, spécialiste FMH en obstétrique et médecine foeto-maternelle, a rendu un rapport d'expertise (P. 89), qu'il a complété le 21 janvier 2020 (P. 105).

S'agissant du déroulement de l'accouchement de la plaignante, l'expert retient que celle-ci s'est présentée à la Clinique F._____ le 9 février 2016 à 21 h 30 au terme d'une grossesse normale. Son travail a commencé spontanément et elle a été transférée en salle d'accouchement, le 10 février 2016, vers 0 h 30. Présent dès 2 h 55, le Dr H._____ a demandé à 3 h 00 que la plaignante, dont la dilatation du col était à 9 cm, soit installée pour accoucher. Quelques minutes plus tard, il a percé la poche des eaux, la dilatation étant complète selon son examen. Entre 3 h 20 et 3 h 40, puis dès 4 h 00, des décélérations variables du rythme cardiaque fœtal ont été observées. La plaignante a fait des efforts de poussées actives dès 3 h 00, avec 20 minutes de répit entre 3 h 30 et 3 h 50. A 4 h 10, le Dr H._____ a tenté une extraction par ventouse kiwi, posée à deux reprises, ainsi qu'une rotation manuelle de la tête fœtale. Les sages-femmes présentes ont eu l'impression qu'il n'était pas sûr de la position de la tête. Ces manœuvres se soldant par un échec, le Dr H._____ a posé un forceps de Simpson à 4 h 15, sans succès. Il a alors essayé de faire une rotation manuelle avec une des cuillères du forceps et la main, toujours sans succès. L'expert relève ensuite que selon le rapport d'événement écrit le jour même par les sages-femmes J._____ et K._____, le Dr H._____ aurait posé une troisième fois une ventouse kiwi pour tenter l'extraction. A 4 h 25, décision a été prise de procéder à une césarienne. L'expert relève que l'extraction fœtale est décrite comme ayant été très difficile, la tête de l'enfant ayant dû être refoulée par l'assistant et le bras étant sorti avant la tête. Le bébé est né à 5 h 04. L'adaptation néonatale et le score d'Apgar ont été excellents, le premier cri immédiat et le pH funiculaire artériel a attesté d'une absence d'asphyxie fœtale. L'expert relève ensuite que le rapport opératoire mentionne une déchirure utéro-cervicale latérale gauche et une hémostase difficile latéro-isthmique gauche nécessitant plusieurs ligatures. La position fœtale est notée OS (occipito-sacrée) sur la protocole opératoire et ODP (occipito-iliaque droite postérieure) sur la feuille de

surveillance du nouveau-né. Enfin, la photo de l'enfant (P. 4/7) montre une ecchymose avec abrasion et une possible bosse au niveau du front. S'agissant des suites post-opératoires, l'expert explique qu'une ligature de l'uretère gauche sera diagnostiquée le 11 février 2016, nécessitant le jour même une dérivation par néphrostomie, puis la pose d'une sonde urétérale et enfin une réimplantation urétéro-vésicale par laparoscopie le 25 avril 2016 (P. 89, p. 2).

S'agissant du début de l'accouchement, l'expert considère que la rupture artificielle des membranes à 9-10 cm de dilatation était justifiée. En revanche, le début des poussées actives pouvait, selon lui, être considéré comme prématuré, mais cela dépendait de la position et de la hauteur de la tête fœtale, qui n'avaient, en l'espèce, pas été documentées. *A posteriori*, vu l'évolution de l'accouchement, il aurait fallu attendre selon l'expert avant de débiter les poussées, la tête fœtale étant vraisemblablement très haute, en position postérieure défléchie (P. 89, pp. 3-4). Selon le Prof. O. _____, il existait des alternatives au recours à des instruments consistant soit à attendre et poursuivre les poussées actives pour tenter un accouchement spontané, si l'état fœtal le permettait et si l'examen clinique laissait espérer un engagement de la tête, soit à procéder à une césarienne sans tentative d'instrumentalisation si le prévenu avait diagnostiqué une présentation dystocique fixée (P. 89, p. 4). Dans la mesure où l'accouchement avait débuté de manière physiologique et que la mère et l'enfant étaient en bonne santé, il n'y avait pas de raison de hâter le processus (P. 89, p. 5).

Selon la littérature citée par l'expert, la pose d'un instrument, ventouse ou forceps, présuppose que la tête fœtale soit engagée (le plus grand diamètre ayant dépassé le plan des épines ischiatiques), que le fœtus se présente par le vertex ou par la face en position mento-antérieure et que la position de la tête fœtale soit connue de l'opérateur. Une position de la tête fœtale inconnue de l'obstétricien ou une position haute sont des contre-indications à la pose d'instruments (P. 105, p. 3). Or, selon l'expert, le Dr H. _____ méconnaissait en l'espèce la position de la tête fœtale, puisque la ventouse avait été appliquée sur le front du bébé. Il

n'avait en outre pas cherché à vérifier cette position par une échographie, qui était un geste simple et rapide à exécuter. L'ecchymose avec abrasion de la peau du nouveau-né témoignait du placement inapproprié de la ventouse sur le front. Or, l'application d'une ventouse sur le front était contre-indiquée, tout comme la répétition excessive d'instrumentation. L'expert en conclut que les tentatives d'extraction instrumentée avaient été excessives, que le prévenu ait recouru aux instruments à cinq ou à trois reprises, de sorte que la tentative d'accouchement par voie basse n'avait pas été effectuée conformément aux règles de l'art médical (P. 89, pp. 4-5 et P. 105, p. 3).

S'agissant des lésions présentées par le nouveau-né, l'expert a expliqué que celui-ci avait souffert d'une ecchymose frontale avec abrasion de la peau, ce qui était fréquent et normalement bénin lors de l'application de ventouse, la guérison survenant habituellement sans séquelles en quelques jours (P. 89, p. 5). La césarienne n'avait en revanche causé aucune lésion à l'enfant (P. 89, p. 7).

Selon l'expert, les manœuvres obstétricales (tant lors de la tentative d'accouchement par voie basse que lors de la césarienne), respectivement les lésions causées par celles-ci, n'avaient pas mis en danger la vie de la plaignante et/ou celle de son bébé (P. 89, pp. 5 et 7). De même, les épisodes d'hypotension maternelle avaient eu probablement peu de répercussions significatives sur le rythme cardiaque fœtal (P. 105, p. 5).

Le Prof. O. _____ a ensuite indiqué qu'au vu de la situation de la plaignante, respectivement de son bébé, la décision de procéder à une césarienne était indiquée afin de permettre la naissance d'un nouveau-né sans asphyxie ni lésions crâniennes ou cérébrales dues à un accouchement dystocique prolongé (P. 89, p. 6). L'expert considère que le rapport opératoire de césarienne est plutôt succinct. Compte tenu de la difficulté de l'accouchement et de la complication survenue (ligature de l'uretère), il aurait attendu un rapport d'accouchement complet et un rapport opératoire plus détaillé de la part du prévenu. Cela étant, après

avoir indiqué que la tête du fœtus n'était vraisemblablement pas engagée du point de vue obstétrical, mais fixée dans le pelvis, ce qui rendait l'extraction difficile, l'expert a expliqué que la manœuvre choisie par les opérateurs au cours de la césarienne, consistant à repousser la tête à l'aide d'une main vaginale, était celle qui était le plus souvent pratiquée face à une telle situation (P. 89, p. 7).

S'agissant des lésions maternelles constatées, l'expert a exposé qu'en l'absence de saignement vaginal avant la naissance de l'enfant, on pouvait supposer que la déchirure utéro-cervicale latérale gauche accompagnée d'un saignement latéro-isthmique gauche était le plus vraisemblablement survenue lors de la césarienne plutôt que lors des tentatives d'instrumentation (P. 89, pp. 4-5 et 7). Il s'agissait d'une complication connue, parfois inévitable (P. 89, p. 7). Une éventuelle lésion des nerfs honteux avait pu être causée par la pression de la tête fœtale même sans application du forceps (P. 89, p. 4). D'un point de vue gynécologique et obstétrical, la plaignante pouvait encore donner naissance à un quatrième enfant, une césarienne électorale étant conseillée (P. 89, p. 8). S'agissant de la dyspareunie, de l'anorgasmie et de la dyschésie dont se plaignait Q._____, l'expert a indiqué qu'il ne pouvait répondre que de façon générale. Ces troubles pouvaient résulter de lésions physiques consécutives à une dystocie (poussées prolongées), à une tentative d'accouchement instrumenté difficile, en force (cicatrices, dénervation...), ou encore à un traumatisme psychique. Pour lui, une césarienne ne devrait pas à elle seule entraîner de tels problèmes. Dès lors que ces problèmes n'étaient apparus qu'après l'accouchement de 2016, la probabilité qu'ils soient des séquelles des accouchements précédents était négligeable (P. 105, p. 6).

Sur la base de ce qui précède, l'expert a estimé que la césarienne avait été effectuée conformément aux règles de l'art, « *sous réserve de la question de la suture de l'uretère* » (P. 89, p. 7). Selon l'expert, la suture de la césarienne avait été effectuée conformément aux règles de l'art selon les documents disponibles. Quant à la ligature de l'uretère, elle était une complication rare mais connue. Il était difficile de

faire la distinction entre une complication et une faute sans avoir été présent sur le champ opératoire et témoin des gestes pratiqués. Des sutures devaient être faites pour éviter une hémorragie (P. 89, p. 8).

Dans son complément d'expertise, le Prof. O. _____ a indiqué que l'on pouvait considérer avec une très grande vraisemblance que la position du front du bébé était fixée et qu'un accouchement par voie basse n'était pas possible. En effet, avec une présentation du front, le plus grand diamètre de la tête fœtale, le diamètre occipito-mentonnier, qui mesure typiquement 12,5 cm, se présente au-dessus du détroit pelvien maternel. L'expert en a conclu, avec une probabilité de plus de 90%, que la césarienne n'aurait pas pu être évitée (P. 105, p. 1). Il était fort peu probable que la tête du fœtus s'engage par flexion ou déflexion, de sorte que l'expert a estimé à moins de 10% la possibilité d'un accouchement par voie basse (P. 105, p. 4).

A la question de savoir si la décision de césarienne avait été prise plus tôt, les lésions causées à la plaignante lors de cette intervention auraient pu être évitées, l'expert a répondu ce qui suit : « *Si la décision de césarienne avait été prise avant les tentatives d'extraction fœtale par ventouse et forceps, la présentation fœtale aurait pu être moins fixée dans le bassin maternel et l'extraction fœtale aurait pu être plus facile. Je rappelle qu'il y a eu au moins 3 tentatives soutenues d'extraction par ventouse et une application du forceps qui ont pu enclaver la présentation. Le risque de lésions utéro-cervicales aurait alors été moindre, mais non nul. La probabilité que les lésions aient pu être évitées est difficile à chiffrer, de l'ordre de 50% à 60% »* (P. 105, p. 2).

Selon l'expert, en présence du cardiotocogramme observé, il aurait été possible de stopper l'ocytocine et les poussées actives afin d'évaluer sereinement la situation obstétricale. Au vu de la présentation du front haut, persistante, un passage en césarienne sans tentative d'instrumentation aurait été indiqué (P. 105, p. 5).

S'agissant de l'administration d'ocytocine, qui avait été décidée par la sage-femme, elle n'aurait pas été obligatoire. Il ne s'agissait cependant pas d'une faute dans la mesure où la parturiente ne présentait pas de contractions utérines trop fréquentes (P. 105, p. 4).

Le Prof. O. _____ a indiqué que le dossier aurait pu être mieux documenté, compte tenu des difficultés rencontrées et des complications. La lecture des documents laissait l'impression « *d'une certaine improvisation, insécurité et surtout d'une tentative d'accouchement en force (deux lâchages de ventouse, échec de forceps, troisième échec de ventouse), et d'une désapprobation par les sages-femmes présentes des manœuvres pratiquées par le Dr H. _____* » (P. 105, p. 5).

L'expert a indiqué qu'il n'était pas en possession du plan de naissance établi par la plaignante. Selon lui, le consentement de la parturiente était nécessaire pour pratiquer un accouchement par ventouse ou forceps, ou une césarienne. Lors d'un accouchement, la probabilité de devoir pratiquer une instrumentation ou une césarienne était de plus de 40% (33% pour les césariennes et plus de 10% pour les accouchements instrumentés). Il convenait d'informer de ces risques par avance (P. 105, p. 5).

e) Il ressort en outre des pièces au dossier les éléments particuliers suivants.

i. Sur le déroulement de l'accouchement

La feuille de partogramme (P. 4/5) décrit de la façon suivante les manœuvres effectuées par le Dr H. _____ :

par Dr
manuelle

« 2h55 Arrivée Dr H. _____ → suite des TV uniquement fait
3h00 Installation poussées
3h30 DLG attente descente/légères poussées
3h50 Poussées actives
4h10 pose kiwi 2x → échec → + essai de rotation
4h15 pose forceps → échec → + essai de rotation manuelle

4h20 Décision C/S ».

J._____ et K._____ ont établi une fiche d'événement le 18 février 2016 (P. 54). Il ressort de ce document, dont la crédibilité est remise en cause par le prévenu (cf. P. 110), ce qui suit :

« Je suis étonnée car le médecin me dit qu'elle va vite accoucher cette fois, comme pour son précédent enfant, et selon mon observation clinique, je n'avais pas la même impression [...] le Dr H._____ arrive en salle d'accouchement (2 h 55). A partir de ce moment-là, les TV ne seront plus exécuter (sic) que par le gynécologue [...] le médecin est sûr que Mme Q._____ va accoucher rapidement, chose dont K._____ et moi doutions. [...] A 3 h 02, le Dr H._____ réexamine à nouveau le col : la patiente est à dilation complète. Je demande alors au médecin dans quelle position il sent la présentation, et après hésitation, il répond qu'elle en occipito-pubien. [...] A 3 h 35, le médecin arrête de faire pousser Mme et accepte la proposition de K._____ de mettre la patiente sur le côté gauche pour que le bébé récupère et ait le temps de descendre un peu par lui-même [...] Après 15 minutes sur le côté G [...], la patiente nous dit qu'elle veut changer de position et se remettre sur le dos pour recommencer à pousser car elle a envie que l'accouchement se finisse. Le Dr refait donc un TV et annonce que la position sur le côté était une bonne idée car la tête est un peu descendue (il ne précise pas où elle se situe par rapport aux épines). [...] A 4 h 07 le Dr décide qu'il va mettre une ventouse (type kiwi). Il recherche encore la position de la tête et après quelques hésitations, dit qu'elle est bien en postérieur. En regardant au moment où le médecin écarte les lèvres de la parturiente pour poser la ventouse, K._____ et moi ressentons une inquiétude face à ce geste car la tête nous paraît haute. Le Dr tire sur la Kiwi mais la présentation ne bouge pas. Il essaie durant plusieurs poussées, et la ventouse finit par se détacher de la tête de l'enfant. Il repose la même ventouse et en tirant, celle-ci se détache à nouveau. Le Dr réclame à ce moment-là des forceps. [...] [II] dit qu'il n'a pas le choix. Il vérifie à nouveau la présentation, pose les forceps et tire dessus. [...] Il enlève ensuite les forceps et à 4 h 18, il annonce qu'il va essayer de tourner le bébé avec une des cuillères. [...] A un moment donné, le Dr H._____ a la main en entier dans le vagin pour essayer de faire tourner le bébé. Il ne semble pas y arriver et veut faire un nouvel essai de ventouse. Il reprend l'ancienne et K._____ lui dit qu'elle va lui en donner une nouvelle. Il pose donc un nouvelle Kiwi, mais n'arrive toujours pas à sortir l'enfant. Sentant que l'accouchement va être difficile, nous proposons au médecin d'appeler le pédiatre [...] Pendant le coup de fil (4 h 25), Dr H._____ annonce que nous descendons en césarienne [...] la patiente pleure et crie [...] Les chirurgiens n'arrivent pas à sortir le bébé et le Dr M._____ repousse la tête par voie vaginale. K._____ se souvient d'un regard échangé avec le pédiatre. [...] Nous avons, moi et K._____, été choquées du déroulement de cet accouchement, craignant réellement d'accueillir, à sa sortie, un bébé des plus mal. ».

Sur le rapport de césarienne qu'il a établi le 25 avril 2016, le Dr H. _____ a indiqué ce qui suit (séquestre sous fiche n° 766) :

« Dystocie foeto-pelvienne sur malprésentation (postérieure : OS) tête fœtale. Echec manœuvres instrumentales : rotation ventouse puis branche forceps Simpson. Déchirure utéro-cervicale bilatérale en cours d'extraction fœtale [...] »

« Patiente 3e pare, arrivée rapidement à dilation complète après RA membranes. Tête retro-symphysaire, après 60' de poussées et changements de position, pose d'une ventouse supposée occipitale, secondairement constatée comme frontale. Echec manœuvres de rotation. Décision de césarienne ».

ii. Sur la santé de l'enfant

Sur la feuille de surveillance du nouveau-né (P. 4/6) figure les mentions manuscrites suivantes :

« Césarienne en urgence pour CTG pathologique, NDP, échec de ventouse et forceps. Pas de facteurs de risque durant la grossesse. Extraction difficile lors de la césarienne. Bonne adaptation avec cri immédiat. Premier statut eo. Poids ~ 4130 g. Marque ventouse pariétale G. Att : Surveillance habituelle ».

« J1 : BEG. Statut eo. Pas de signes de trauma suite à l'extraction difficile. Uniquement hématome pariétale-frontal G. Att : Dafalgan 60 mg en R. »

« J7 : Excellente prise de poids. Allaitement eo. Statut eo. Très bon état neurologique. Aucun signe depuis la naissance d'une asphyxie ou d'une souffrance fœtale. Enfant en bonne santé à tous les niveaux ».

iii. Sur la santé de la plaignante

Il ressort des différents documents rédigés par le Dr A.G. _____, spécialiste FMH en urologie, que la plaignante a souffert d'une lésion iatrogène sténosante du bas-uretère gauche consécutive à la césarienne (P. 113/12). Elle a dû subir plusieurs interventions chirurgicales, dont la pose d'un cathéter (néphrostomie) puis d'une sonde urinaire. Elle a enfin subi une réimplantation urétérale le 25 avril 2016 qui a permis de rétablir la continuité de la voie urinaire (P. 4/8, 4/9 et 113/3). Elle a souffert de multiples épisodes d'infections urinaires compliquées, toujours sous la forme d'une pyélonéphrite aiguë gauche (P. 113/12).

Un examen clinique effectué le 14 avril 2016 par le Dr X._____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a mis en évidence chez Q._____ un col anté-posé avec une disparition complète du cul de sac vaginal antérieur lié à une incision chirurgicale utéro-vaginale basse, un déroulement important des parois vaginales ainsi qu'une béance introïtale (P. 4/11).

Selon les renseignements fournis par le Dr X._____ le 25 mars 2017 au conseil de la plaignante, celle-ci souffrait d'une persistance d'une dyspareunie superficielle et profonde, d'une anorgasmie, d'infections urinaires récidivantes, de dyskésie avec troubles de la défécation et d'une atteinte psychologique post-traumatique. Sur la question d'une amélioration, le Dr X._____ a répondu que « *la laxité vaginale post traumatique (forceps) et la dyspareunie profonde liée à l'élongation des ligaments utéro-sacrés laiss[aient] des séquelles permanentes* ». Les risques pour le futur se présentaient sous la forme d'une aggravation d'une cysto-rectocèle avec prolapsus utérin, une incontinence urinaire et anale et un risque de pyélonéphrite récidivante. Un accouchement par voie naturelle était contre-indiqué. La plaignante ne pouvait travailler qu'à 20% et bénéficiait d'une aide-ménagère à raison de 6 heures par semaine (P. 26/2).

Selon les renseignements fournis le 6 mars 2017 par la Dre P._____, spécialiste FMH en médecine interne, au conseil de la plaignante, l'évolution de la santé de celle-ci était « *en dent de scie, avec une lente amélioration globale, mais avec la persistance de douleurs aux "reins", des infections urinaires à répétition et une incapacité à reprendre les activités de la vie quotidienne en raison des douleurs* ». Un traitement antidépresseur avait été nécessaire. Sa capacité de travail était de 20% à 40% avec la possibilité de changer de position fréquemment (P. 23/3).

iv. Sur le prévenu

Aux termes d'un courrier du 11 avril 2016, le Conseil de fondation de la Clinique F. _____ a retiré son accréditation au Dr H. _____, invoquant une rupture du lien de confiance (P. 32/2).

f) Par avis du 16 février 2021, le Ministère public a informé les parties du fait que l'instruction pénale dirigée contre le Dr H. _____ apparaissait complète et qu'il entendait rendre une ordonnance de classement pour les faits qui lui étaient reprochés. Il a attiré leur attention sur le fait qu'il entendait mettre une partie des frais de la procédure à la charge du Dr H. _____ et les a invitées à formuler leurs réquisitions de preuves et à chiffrer leurs éventuelles prétentions dans un délai échéant le 5 mars 2021.

Par courrier du 5 mars 2021, H. _____ s'est opposé à ce qu'une partie des frais de procédure soit mise à sa charge et a conclu à l'allocation d'une indemnité au sens de l'art. 429 CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0) d'un montant de 33'643 fr. 30.

Dans le délai prolongé qui lui avait été accordé, Q. _____ s'est opposée, le 17 mars 2021, au classement de la procédure et a requis l'audition du Prof. O. _____. Elle a conclu au renvoi du prévenu devant le tribunal compétent et à ce qu'il soit condamné au paiement de ses prétentions civiles, provisoirement arrêtées à 462'824 fr. 30, ainsi qu'au paiement de ses frais d'avocat et des frais de justice.

B. Par ordonnance du 30 août 2021, le Ministère public central, division affaires spéciales, a prononcé le classement de la procédure pénale dirigée contre H. _____ pour lésions corporelles simples par négligence, subsidiairement lésions corporelles graves par négligence (I), a levé les deux séquestres portant sur le dossier médical de Q. _____ et ordonné sa restitution à H. _____ (II et III), a ordonné le maintien au dossier de différentes pièces à conviction (IV et V), a octroyé à H. _____ une indemnité de 19'200 fr. au titre de sa participation obligatoire à la

procédure pénale (VI) et a mis les frais de procédure, par un tiers, soit par 4'025 fr., à la charge d'H._____ (VII).

A titre liminaire, le Procureur a refusé de procéder à l'audition du Prof. O._____, considérant que le rapport d'expertise qu'il avait rédigé le 13 août 2019 ainsi que son complément du 21 janvier 2020 étaient clairs et complets et qu'une audition n'apporterait pas d'éléments supplémentaires pertinents.

Le Procureur a ensuite considéré que la tentative d'accouchement par voie basse effectuée par le prévenu au moyen d'instruments n'avait pas été réalisée conformément aux règles de l'art médical, dès lors qu'il ignorait la position de la tête fœtale et qu'il avait fait un usage inapproprié et excessif des instruments, qu'il ait recouru aux instruments à cinq ou à trois reprises comme il l'alléguait. Ces manœuvres obstétricales ne tombaient toutefois sous le coup d'aucune infraction pénale. En particulier, ni la vie de la plaignante, ni celle de sa fille n'avait été mise en danger. Les lésions frontales dont avait souffert le bébé n'auraient pas dû survenir et étaient la conséquence d'un usage excessif et inapproprié d'instruments. Elles étaient constitutives de lésions corporelles simples par négligence et se poursuivaient sur plainte uniquement. Or, le délai de trois mois pour déposer plainte, au sens de l'art. 31 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0), était échu lorsque Q._____ avait déposé plainte le 29 juin 2016, l'accouchement litigieux ayant eu lieu le 10 février 2016.

S'agissant de la question du consentement de la plaignante à un accouchement instrumenté, le Procureur a considéré que le dossier médical de l'intéressée ne contenait aucun élément permettant de savoir si elle avait été abordée entre les parties. Cela étant, la ventouse et le forceps n'avaient selon toute vraisemblance pas causé les lésions dont Q._____ se plaignait, à l'exception de la blessure frontale du bébé, de sorte qu'à défaut de donner lieu à une réponse pénale, la question du consentement à l'utilisation d'instruments au cours de l'accouchement par voie basse pouvait se poser sur le plan civil.

S'agissant de la césarienne, le Procureur a considéré qu'elle avait été indiquée et réalisée conformément aux règles de l'art, la déchirure utéro-cervicale latérale gauche accompagnée d'un saignement latéro-isthmique constituant une complication connue, qui ne pouvait être évitée dans tous les cas.

Quant aux lésions gynécologiques, qui étaient une complication connue et parfois inévitable, elles n'étaient pas consécutives aux manœuvres instrumentées eu égard à l'absence de saignement vaginal avant la naissance de l'enfant. Elles avaient été très vraisemblablement commises lors de la césarienne d'urgence, intervention qui s'était révélée difficile mais qui avait été indiquée pour éviter les séquelles d'un accouchement dystocique prolongé et qui n'aurait pas pu être écartée au profit d'un accouchement par voie basse avec une probabilité de plus de 90%. En outre, même en l'absence de tentative d'accouchement par voie basse, la survenance de lésions gynécologiques ne pouvait pas être exclue. Quant à la suture de l'uretère, il s'agissait d'une fâcheuse complication, certes rare, mais connue dans la littérature médicale. Enfin, quand bien même le prévenu avait par erreur ligaturé l'uretère de la plaignante, il n'apparaissait pas que ce geste constituât un manquement qui puisse lui être imputé pénalement.

En définitive, le Procureur a considéré qu'il n'apparaissait pas que la prise en charge de Q._____ - sous réserve des lésions commises sur le front du bébé - ait révélé une violation des règles de l'art médical constitutive d'une faute tombant sous le coup de la loi pénale. La plainte pénale déposée étant par ailleurs tardive pour ce qui concernait la lésion causée au bébé, il se justifiait de rendre une ordonnance de classement en faveur du Dr H._____.

S'agissant des effets accessoires du classement, le Procureur a considéré que l'enquête avait été ouverte en partie pour des griefs relevant du droit civil. Le prévenu avait adopté un comportement civilement blâmable en ayant procédé à une tentative d'accouchement

par voie basse non conforme aux règles de l'art et en ayant recouru à des instruments sans connaître la position de la tête du bébé, ce qui lui avait occasionné une lésion frontale. Ces violations des règles de l'art médical constituaient une violation de ses obligations découlant du contrat de mandat le liant à sa patiente (art. 398 CO [Code des obligations, loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 ; RS 220]). Elles étaient donc civilement fautives, de sorte qu'il était justifié de faire supporter un tiers des frais au prévenu en application l'art. 426 al. 2 CPP. Pour ces motifs également, l'indemnité allouée au prévenu devait être réduite dans la même mesure en application de l'art. 430 al. 1 let. a CPP.

C. Par acte du 9 septembre 2021, Q._____ a recouru auprès de la Chambre de céans contre cette ordonnance, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, au renvoi du dossier au Ministère public pour qu'il poursuive l'instruction dans le sens des réquisitions qu'elle avait formulées dans son courrier du 17 mars 2021, respectivement pour qu'il procède au renvoi du Dr H._____ devant l'autorité de jugement compétente.

Le 1^{er} mars 2022, dans le délai imparti en application de l'art. 390 al. 2 CPP, le Ministère public a indiqué qu'il renonçait à se déterminer sur le recours déposé et qu'il concluait au rejet de celui-ci.

Le 3 mars 2022, dans le même délai, H._____ a déposé ses déterminations, concluant, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours.

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 LVCPP [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]).

1.2 En l'espèce, interjeté en temps utile devant l'autorité compétente par la partie plaignante qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), et satisfaisant aux conditions de forme prescrites (art. 385 al. 1 CPP), le recours de Q. _____ est recevable.

2.

2.1 Invoquant une violation du principe *in dubio pro duriore*, la recourante fait valoir, en substance, que l'expert aurait relevé de nombreux manquements du prévenu, soit une absence de planification adéquate, un recours inadéquat et intempestif à des instruments, une absence de transparence dans l'établissement du rapport opératoire et une impression d'insécurité. Elle soutient qu'il existerait un lien de causalité adéquate entre le comportement du prévenu, qui a recouru à l'utilisation d'instruments, et les lésions qu'elle a subies. Elle affirme que la présentation fœtale aurait pu être moins fixée dans le bassin maternel et que l'extraction fœtale aurait pu être plus facile si le Dr H. _____ n'avait pas recouru de manière précipitée à l'utilisation d'instruments obstétriques. En outre, l'utilisation des instruments obstétriques en violation des règles de l'art aurait considérablement accru le risque de lésions de 50% à 60 %, de sorte que ce comportement devrait être considéré comme l'acte prépondérant ayant mené à la survenance des lésions qui handicapent la recourante.

2.2

2.2.1 Aux termes de l'art. 319 al. 1 CPP, le Ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure notamment lorsqu'aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a) ou encore lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (let. b).

Cette disposition doit être appliquée conformément au principe *in dubio pro duriore*. Celui-ci découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] et art. 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 signifie qu'en principe, un classement ou une non-entrée en matière ne peut être prononcé par le ministère public 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 et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un pouvoir d'appréciation que le Tribunal fédéral revoit avec retenue. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En effet, 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_957/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.1).

2.2.2 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 (art. 125 al. 1 CP). Si la lésion est grave, le délinquant sera poursuivi d'office (art. 125 al. 2 CP).

Une condamnation pour lésions corporelles par négligence au sens de l'art. 125 CP suppose la réalisation de trois conditions : une négligence, une atteinte à l'intégrité physique et un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces deux éléments. 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 ; TF 6B_907/2021 du 24 novembre 2021 consid. 1.2 ; TF 6B_390/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1).

Des lésions corporelles sont graves notamment si l'auteur a blessé une personne de façon à mettre sa vie en danger (art 122 al. 1 CP), aura mutilé le corps d'une personne ou causé une incapacité de travail, une infirmité ou une maladie mentale permanentes (art. 122 al. 2 CP) ou aura fait subir à une personne toute autre atteinte grave à l'intégrité corporelle ou à la santé physique ou mentale (art. 122 al. 3 CP). Dans tous ces cas, la loi vise une diminution ou une perte d'une faculté humaine subie par la victime, liée à des atteintes d'ordre physique ou psychique. L'atteinte doit être permanente, c'est-à-dire durable et non limitée dans le temps ; il n'est en revanche pas nécessaire que l'état soit définitivement incurable et que la victime n'ait aucun espoir de récupération (TF 6B_907/2021 précité consid. 1.2 et les arrêts cités). Les atteintes énumérées par les al. 1 et 2 de l'art. 122 CP ont un caractère exemplatif. L'al. 3 définit pour sa part une clause générale destinée à englober les lésions du corps humain ou les maladies qui ne sont pas prévues par les al. 1 et 2, mais qui revêtent une importance comparable et qui doivent être qualifiées de graves dans la mesure où elles impliquent plusieurs mois d'hospitalisation, de longues et graves souffrances ou de nombreux mois d'arrêt de travail (ATF 124 IV 53 consid. 2 ; TF 6B_907/2021 précité consid. 1.2 et les arrêts cités).

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 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).

2.2.3 L'art. 12 al. 3 CP prévoit qu'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 utilisé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle.

Ainsi, pour qu'il y ait négligence, il faut que l'auteur ait violé les règles de la prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale, qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (cf. ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1). 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 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). 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 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 ; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3). 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 133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 126 IV 13 consid. 7a/bb).

Par ailleurs, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 ; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les arrêts cités).

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).

La notion de manquement à ses devoirs ne doit cependant 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. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical ainsi qu'à toute maladie. 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 ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode 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).

2.2.4 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 l'arrêt cité).

Lorsque la causalité naturelle est établie, il faut encore rechercher si le comportement incriminé est la cause adéquate du résultat. Tel est le cas 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). 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). Il n'y aura rupture du lien de causalité adéquate, l'enchaînement des faits perdant alors sa portée juridique, que 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 et les arrêts cités ; TF 6B_568/2021 du 11 mars 2022 consid. 3.1).

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 de la patiente (au moment des décisions prises, respectivement omises).

Par ailleurs, c'est 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 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, 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).

En cas de violation du devoir de prudence par omission, la question de la causalité se présente sous un angle différent. Il faut, dans ce type de configuration, 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 (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.1 ; TF 6B_388/2020 et 6B_392/2020 du 30 septembre 2021 consid. 4.1.4). 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 (ATF 116 IV 182 consid. 4a). La causalité adéquate est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la survenance du résultat ou lorsqu'il serait simplement possible qu'il l'eût empêché (TF 6B_388/2020 et 6B_392/2020 du 30 septembre 2021 précités ; TF 6B_364/2020 du 26 juin 2020 consid. 6.1 et les références citées).

2.3 En l'espèce, le Procureur a analysé le déroulement des faits en distinguant trois phases, la première allant du début de l'accouchement à la tentative par voie basse, la deuxième concernant la césarienne et l'extraction du bébé et la troisième la ligature de l'uretère. Il n'a toutefois pas examiné si l'enchaînement de ces phases a joué un rôle dans la survenance des lésions corporelles dont a été atteinte la recourante. A cet égard, il y a lieu de tenir également compte du fait que l'accouchement peut être qualifié de particulièrement violent, l'expert indiquant « *on a l'impression à la lecture des documents d'une certaine improvisation, insécurité, et surtout d'une tentative d'accouchement en force (deux lâchages de ventouse, échec de forceps, troisième échec de ventouse) et d'une désapprobation par les sages-femmes présentes des manœuvres pratiquées par le Dr H. _____* » (P. 105, p. 5). N. _____ a par ailleurs relaté que ses deux collègues avaient utilisé le terme « *boucherie* » pour décrire ce à quoi elles avaient assisté, qu'elles étaient en état de choc et que K. _____ pleurait lorsqu'elles étaient venues la voir pour lui en parler (PV aud. 5, l. 162). En outre, la patiente avait déjà eu deux enfants par voie basse sans que des lésions significatives ne soient alors survenues.

En particulier, selon l'expert, la tentative d'accouchement par voie basse au moyen d'instruments, alors que le médecin ignorait la position de la tête fœtale et qu'il a fait un usage excessif des instruments, n'était pas conforme aux règles de l'art médical. Il y a lieu de déterminer si cette tentative a eu des conséquences sur la césarienne et la ligature de l'uretère, contribuant à la survenance des lésions corporelles.

L'expert retient qu'au vu de la situation de la mère et du bébé, la décision de procéder à une césarienne était indiquée. Dans son

complément d'expertise, il a indiqué, avec une probabilité de plus de 90%, que la césarienne n'aurait pas pu être évitée en l'absence des tentatives d'instrumentation. La manœuvre choisie par les opérateurs consistant à repousser la tête du bébé d'une main vaginale était celle le plus souvent pratiquée. Certes, l'expert a considéré que la césarienne avait été réalisée conformément aux règles de l'art et que la déchirure utéro-cervicale latérale gauche accompagnée d'un saignement latéro-isthmique était une complication connue, qui ne pouvait être évitée dans tous les cas. Il a néanmoins aussi considéré que si la décision de césarienne avait été prise avant les tentatives d'extraction fœtale par ventouse et forceps, le risque de lésions utéro-cervicales aurait été moindre, mais pas nul. Il a ajouté que la probabilité que les lésions auraient pu être évitées était difficile à chiffrer, de l'ordre de 50% à 60% (P. 105, p. 2). Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que la manière dont la césarienne s'est déroulée aurait été autre si, dans la première phase de l'accouchement, les règles de l'art médical avaient été respectées, soit si les tentatives d'instrumentation inadéquates n'avaient pas été effectuées. Ceci suffit à retenir qu'un lien de causalité naturelle existe entre l'acte médical et les lésions subies. En outre, au stade d'une ordonnance de classement, on ne saurait exclure avec un degré de vraisemblance suffisant que le lien de causalité adéquate soit établi, dès lors que les premiers actes médicaux ont favorisé la survenance des lésions de manière significative. Le fait que la déchirure utéro-cervicale latérale gauche accompagnée d'un saignement latéro-isthmique soit une complication connue, parfois inévitable malgré une technique opératoire adéquate, ne signifie pas encore que tel était le cas ici, au vu des événements survenus avant la césarienne.

S'agissant de la ligature de l'uretère, il s'agit, selon l'expert, d'une complication rare, mais connue. Il a noté qu'il était difficile de faire la distinction entre une complication et une faute sans avoir été présent sur le champ opératoire et témoin des gestes pratiqués. Le Dr M. _____ a expliqué qu'en raison de la déchirure de l'utérus et du fait de la distension de l'anatomie de la patiente, il était conscient de la proximité de l'uretère et du risque d'atteinte urétérale. Il a indiqué (cf. PV aud. 6, l. 134-139)

qu'il s'était posé la question avec le prévenu de la localisation de l'uretère gauche, mais qu'ils n'avaient pas les repères anatomiques habituels. Or, se pose la question de savoir quelle a été l'influence de ne pas avoir vérifié la position de la tête fœtale par une échographie, du choix de ne pas avoir procédé plus tôt à une césarienne, puis d'avoir utilisé les instruments, sur la modification de l'anatomie de la patiente et sur la survenance de cette complication, étant précisé que compte tenu des éléments ci-dessus, un lien de causalité naturelle paraît établi.

En d'autres termes, afin de déterminer s'il y a un lien de causalité adéquate entre les lésions subies et la césarienne et la ligature de l'uretère, il y a lieu de déterminer si, en procédant à un usage inadéquat des instruments, le prévenu a sensiblement augmenté les risques que des lésions corporelles surviennent lors de la césarienne. Sur la base des éléments du dossier, on ne peut pas exclure que tel ait été le cas. Par ailleurs, on ne distingue en l'état aucune cause autre concomitante qui expliquerait les lésions subies. Dans ces circonstances, on ne saurait envisager un classement.

En outre, lorsqu'il a été interrogé sur le point de savoir si les manœuvres obstétricales effectuées par le prévenu étaient indiquées, l'expert a répondu que les conditions nécessaires pour autoriser une tentative de voie basse instrumentée impliquaient que la tête fœtale soit engagée et que l'opérateur connaisse la position de la tête, que la position de la tête fœtale pouvait être difficile à estimer cliniquement et que « *dans le doute, cette position devrait être vérifiée par échographie* » (cf. P. 89, p. 3). Or, en l'occurrence, la question n'a pas été posée à l'expert de savoir si le fait de ne pas avoir pratiqué une échographie ne constituait pas une violation du devoir de prudence par omission, d'une part, ni, dans l'affirmative, si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance des lésions causées lors de la césarienne d'autre part (du fait que celle-ci n'aurait pas été faite ou aurait été faite plus tôt). En d'autres termes, il s'agit de savoir si, en cas de violation des règles de l'art par omission de

pratiquer une échographie, il y a pu y avoir un lien de causalité adéquate avec les lésions subies.

Enfin, dans son complément d'expertise, le Prof. O. _____ conclut que les troubles dont se plaint la patiente peuvent être causés par des lésions physiques consécutives à une dystocie (poussées prolongées), à une tentative d'accouchement instrumenté difficile, en force (cicatrices, dénervation...) ou encore à un traumatisme psychique. Il estime qu'une césarienne ne devrait pas à elle seule entraîner de tels problèmes et que la probabilité que ces plaintes soient des séquelles des accouchements précédents est négligeable (P. 105, p. 6). Dans la mesure où il ne semble pas, *a priori*, que les poussées aient été excessives, cette conclusion tendrait à établir également que les plaintes de la patiente sont liées à la manière dont l'accouchement s'est déroulé et à l'usage en force des instruments en particulier.

Au vu de ce qui précède, une ordonnance de classement ne peut être rendue et le grief tiré de la violation du principe *in dubio pro duriore* est fondé. C'est à l'autorité de jugement compétente qu'il appartient de statuer sur la question de la causalité adéquate. Cela étant, avant que la cause lui soit renvoyée, un second complètement d'expertise devra être mis en œuvre afin que l'expert puisse être invité à se prononcer sur l'influence de la chaîne des événements sur la survenance des lésions dont se plaint Q. _____. Ensuite, à moins que cette mesure d'instruction permette d'exclure tout lien de causalité, le Ministère public devra procéder à la mise en accusation du prévenu.

4. En définitive, le recours doit être admis. L'ordonnance du 30 août 2021 doit être annulée et le dossier de la cause renvoyé au Ministère public pour qu'il procède dans le sens du considérant qui précède.

Vu l'admission du recours, les frais de la procédure, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt, par 3'410 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [Tarif des frais judiciaires de procédure et indemnités en matière pénale du 28

septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront laissés à la charge de l'Etat (art. 428 al. 4 CPP).

La recourante, qui a procédé avec l'assistance d'un avocat de choix, a droit, de la part de l'Etat, à une juste indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits pour la procédure de recours. Au vu du mémoire produit et de la nature de l'affaire, cette indemnité sera fixée à 1'800 fr., sur la base de 6 heures d'activité nécessaire d'avocat au tarif horaire de 300 fr. (art. 26a al. 3 TFIP), auxquels il convient d'ajouter des débours forfaitaires à concurrence de 2 % (art. 19 al. 2 TDC [Tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6], applicable par renvoi de l'art. 26a al. 6 TFIP), par 36 fr., plus un montant correspondant à la TVA, par 141 fr. 40, soit 1'978 fr. au total en chiffres arrondis.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 30 août 2021 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 3'410 fr. (trois mille quatre cent dix francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** Une indemnité de 1'978 fr. (mille neuf cent septante-huit francs) est allouée à Q._____ pour les dépenses occasionnées par la procédure de recours, à la charge de l'Etat.
- VI.** L'arrêt est exécutoire.

Le président :

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 David Métille, avocat (pour Q. _____),
- Me Eric Muster, avocat (pour H. _____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur général du canton de Vaud,

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).

La greffière :