

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 26 février 2025

Composition : M. K R I E G E R, président
Mme Byrde et M. Perrot, juges
Greffier : M. Ritter

Art. 117 CP ; 6, 107 et 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 18 juillet 2024 par **A.I.**_____, **B.I.**_____, **A.E.**_____ et **B.E.**_____ contre l'ordonnance rendue le 5 juillet 2024 par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne dans la cause n° **PE18.009883-JMU**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. **a)** Le 15 avril 2018, [...] a été admise à l'Hôpital de [...] en urgence en raison d'une rupture prématurée des membranes à 35 semaines et un jour de grossesse. Elle a accouché par césarienne le même jour. Le 18 avril 2018, une pneumonie basale droite a été diagnostiquée,

qui a été traitée par la prise d'antibiotiques durant sept jours. Après ce délai, la cicatrice de césarienne a présenté une déhiscence. Celle-ci a été traitée par des soins locaux et une antibiothérapie de sept jours au total. Des contrôles de la plaie étaient prévus après le retour à domicile de la patiente.

Le 21 mai 2018, dans l'après-midi, la patiente s'est présentée aux urgences de l'Hôpital de [...]. Elle a expliqué s'être levée vers 5 heures, avoir ressenti des bourdonnements d'oreilles et d'avoir la tête « *compressée* », sans céphalée. Elle a dit avoir ensuite chuté en arrière avec une perte de connaissance de une à deux minutes et un probable trauma crânien, selon son mari, témoin de la scène. Elle a également signalé la persistance d'une toux résiduelle à la suite de sa pneumonie, un essoufflement depuis deux à trois jours et des pertes sanguines importantes entre le 17 et le 19 mai 2018.

Au terme de divers examens médicaux, un diagnostic de syncope avec probable malaise orthostatique a été posé, dans le contexte des pertes sanguines récentes. L'hypothèse d'une embolie pulmonaire a été envisagée, mais a été considérée comme peu probable au vu de la présentation clinique, de l'anamnèse et de l'ECG. L'hypoxémie mise en évidence par la gazométrie a été placée sur le compte d'un possible syndrome d'hypoventilation d'obésité. Les D-dimères n'ont pas été dosés en raison de l'accouchement récent. La patiente a été renvoyée à domicile avec instruction de reconsulter en cas de récurrence, de se faire surveiller par son mari, et de consulter chez son médecin traitant dans les jours suivants.

Le 22 mai 2018, vers 4h00, la patiente s'est représentée aux Urgences de l'Hôpital de [...], en se plaignant de dyspnée et de douleurs rétro-sternales. Une analyse de laboratoire a montré des D-dimères à 8614 ng/ml (très augmenté, norme <500). Un scanner thoracique réalisé à 07h46 a permis de mettre en évidence une embolie pulmonaire centrale bilatérale marquée avec répercussion sur les cavités cardiaques droites et un infarctus pulmonaire lobaire inférieur gauche. La patiente a reçu un

bolus 8000 UI de Liquémine et a présenté peu après une hypotension et une bradycardie, puis un arrêt cardio-respiratoire à 08h35. Des manœuvres de réanimation ont été entamées immédiatement. L'intubation a été difficile en raison de vomissements. La patiente a ensuite été transférée au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) par la REGA. Une ECMO (oxygénation par membrane extra-corporelle) veino-artérielle fémorale droite a été posée aux urgences du CHUV 80 minutes après l'arrêt cardiorespiratoire initial. Par la suite, malgré une poursuite de prise en charge aux soins intensifs, il a été constaté que la patiente se trouvait en état de mort cérébrale et elle a développé une défaillance multi-systémique. Son décès a été déclaré le 23 mai 2018 à 12h20.

b) Le 4 juillet 2018, A.I._____, B.I._____, A.E._____ et B.E._____, respectivement veuf, fils et parents de la défunte, ont déposé plainte pénale et se sont constitués parties demanderesses au civil.

D'office et par suite de cette plainte, le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne (ci-après : Ministère public) a ouvert une instruction pénale contre trois médecins impliqués dans la prise en charge de la défunte, à savoir [...], née en 1990, [...], né en 1992, et [...], née en 1988.

c)aa) Selon les renseignements reçus par son médecin traitant, le Dr [...], la patiente était en bonne santé habituelle, hormis son obésité, et ne prenait aucun traitement habituel. Elle était fumeuse.

c)bb) A la suite de l'autopsie pratiquée, les médecins-légistes du Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML) ont conclu que la cause du décès étaient une anoxie cérébrale et une défaillance multiviscérale secondaires à un arrêt circulatoire survenu après une embolie pulmonaire massive provenant vraisemblablement d'une thrombose des veines profondes du mollet droit. Ils ont souligné que la défunte présentait des facteurs de risque connus pour la formation de thromboses.

c)cc) Une expertise médicale a été confiée au Professeur [...], spécialiste en obstétrique et médecine foëto-maternelle. Son rapport a été déposé le 9 octobre 2019 (P. 26). Après un rappel des faits et sur la base de l'analyse des différents actes médicaux accomplis du 15 avril 2018 au 23 mai 2018, l'expert a retenu que les règles de l'art médical avaient été respectées, hormis deux violations lors des consultations des 21 et 22 mai 2018, à savoir un retard à poser le diagnostic et un délai avant le début du traitement une fois le diagnostic suspecté/posé (P. 26, p. 13).

d) Les conclusions de cet expert ont été contestées par les prévenus. Ils ont relevé qu'aucun élément ne permettait de retenir une embolie pulmonaire lors de la consultation du 21 mai 2018 (PV aud. 3, ll. 221-223 et 252 ; PV aud. 4, ll. 203-208 ; PV aud. 4, ll. 203-220). En revanche, une telle affection a été suspectée dès l'admission de la patiente à l'Hôpital de [...] le 22 mai 2018 (PV aud. 2, l. 255). Ils ont également déclaré qu'ils ne partageaient pas l'opinion de l'expert selon laquelle le traitement aurait dû débiter immédiatement. Ils ont en effet rappelé que la patiente ne présentait pas de signes montrant qu'elle nécessitait un traitement immédiat, tels que par exemple une détresse respiratoire, une désaturation ou une instabilité hémodynamique (PV aud. 2, ll. 259-266 ; PV aud. 4, ll. 292-297). Jusqu'au moment de passer au scanner, la patiente aurait également déclaré qu'elle se sentait bien et demandait à rentrer à la maison (PV aud. 2, ll. 266-268). Il a en outre été renoncé à administrer un anticoagulant immédiatement en raison des saignements post-partum qu'elle avait présenté les jours précédents, ainsi qu'en raison du fait que l'anticoagulant peut entraîner des saignements qui sont ensuite difficile à contrôler (PV aud. 2, ll. 271-275 ; PV aud. 3, ll. 231-234 ; PV aud. 4, ll. 225-230).

e) Au vu de ces critiques, une nouvelle expertise a été confiée au Dr [...], médecin adjoint responsable de la Brigade sanitaire cantonale des urgences des [...], en collaboration avec la Dre [...], interniste, et la Professeure [...], Directrice du CURML. Les experts ont déposé leur rapport le 8 octobre 2021. Ils ont d'abord rappelé que le diagnostic d'embolie

pulmonaire se fondait principalement sur l'anamnèse et l'examen clinique, y compris la prise des paramètres vitaux, pour établir une suspicion clinique. Différents scores cliniques permettent ensuite de guider la prise en charge, comme par exemple le score de Wells ou le score de Genève « révisé », qui sont les scores les mieux validés dans la littérature (P. 68, p. 22). Le score de Genève « révisé » est fondé sur certains facteurs de risque, symptômes et signes cliniques, permettant d'établir une probabilité clinique d'embolie pulmonaire et de classer le patient dans une classe de probabilité (faible, moyenne et haute), et ainsi d'orienter les examens complémentaires et la prise en charge (P. 68, pp. 22 et 23).

Toujours selon les experts, si la probabilité de présenter une embolie pulmonaire est faible ou moyenne, il sera nécessaire de doser par un bilan laboratoire les D-dimères dans le sang (P. 68, p. 22). Les D-dimères sont un produit de dégradation de la fibrine, retrouvé en cas de dégradation d'un caillot sanguin, notamment dans les cas d'embolie pulmonaire. D'autres pathologies ou conditions peuvent également provoquer une augmentation des D-Dimères, par exemple une chirurgie récente, un infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque ou un cancer. Durant la grossesse, les D-Dimères augmentent habituellement, avec un pic lors du postpartum et retournent à un niveau de base approximativement dans les 6 semaines après l'accouchement. De plus, en cas d'accouchement par césarienne, les D-Dimères peuvent être encore davantage augmentées (P. 68, p. 24).

En cas de probabilité forte, un scanner thoracique (angioscanner, scanner du thorax avec injection de produit de contraste) doit être réalisé d'emblée, sans doser les D-dimères. Lorsque l'angioscanner thoracique ne peut être réalisé en raison de contre-indications (insuffisance rénale ou allergie à l'iode), une scintigraphie pulmonaire peut être proposée (P. 68, pp. 22 et 23).

En ce qui concerne la prise en charge médicale de la patiente le 21 mai 2018, les experts ont relevé qu'à son arrivée aux urgences, elle avait dit avoir fait un malaise durant la nuit suivi d'une chute en arrière

avec traumatisme crânien. Elle décrivait également une toux sèche depuis une semaine, accompagnée d'un essoufflement à l'effort depuis deux à trois jours et des saignements récents dans le cadre de son retour de couche. Lors de la consultation médicale, elle n'avait pas parlé de douleur rétro-sternale, pas de dyspnée, ni de palpitation. Les facteurs de risque thromboemboliques « *standards* » avaient été également investigués à l'anamnèse. Un examen physique complet avait été réalisé (y compris un examen des jambes) qui s'était relevé sans particularité, hormis des muqueuses sèches (pouvant être un signe de déshydratation) et une légère tuméfaction au niveau de la partie occipitale pariétale droite, compatible avec la chute rapportée. La fréquence respiratoire était par ailleurs normale (à 12/min).

Les analyses de laboratoire complémentaires avaient montré une hémoglobine dans la norme à 137 g/l, une CRP (C-réactive protéine, marqueur d'inflammation) augmentée à 23 mg/l [norme < 10 mg/l] et des leucocytes (globules blancs) dans la norme à 10,3 G/l. A l'électrocardiogramme, il était décrit une onde Q sur la dérivation III mais dont l'interprétation était difficile en raison de modifications ECG liées à l'obésité de la patiente et en l'absence de comparatif. Un test de Schellong (test pour l'hypotension orthostatique) s'était avéré quant à lui négatif. La radiographie du thorax réalisée était sans particularité. Une gazométrie réalisée à 19h53 avait montré une hypoxémie avec une pO₂ diminuée à 53,7 mmHg (norme > 80 mmHg) et une hypocapnie avec une pCO₂ à 32,5 mmHg (norme 35 à 45 mmHg). Selon les experts, cette hypoxémie marquée était incompatible avec le tableau clinique de la patiente et avec la saturation en oxygène mesurée à l'aide du pléthysmographe. Ces valeurs semblaient donc faussées et étaient compatibles avec la présence de sang artériel mêlé à du sang veineux dans la seringue de gazométrie. Un diagnostic de syncope (perte de connaissance, soudaine, brève, spontanément résolutive, associée à une perte du tonus postural, faisant suite à une hypoperfusion cérébrale transitoire) avec chute, traumatisme crânien et perte de connaissance sur probable malaise orthostatique avait été retenu. L'hypothèse d'une embolie pulmonaire avait été envisagée dans le diagnostic différentiel, mais avait été considérée comme peu

probable au vu de la présentation clinique, de l'anamnèse et de l'électrocardiogramme (P. 68, pp. 26-27).

Les experts ont souligné qu'il était fréquent, en médecine en général et notamment en médecine d'urgence, de procéder à la rédaction d'un large diagnostic différentiel afin de s'assurer que les causes les plus habituelles et les plus graves avaient bien été considérées. Toujours selon eux, il serait déraisonnable, pour ne pas dire impossible, de suivre toutes les hypothèses possibles en raison du temps nécessaire, des coûts engendrés, et de l'impact sur les patients. L'hypoxémie mise en évidence par la gazométrie a été placée sur le compte d'un possible syndrome d'hypoventilation-obésité. Les D-Dimères n'ont pas été dosés en raison de la période postpartum. La patiente a été renvoyée à domicile avec instruction de re-consulter en cas de récurrence, de se faire surveiller par son mari et de consulter chez son médecin traitant les jours suivants (P. 68, p. 27).

Pour les experts, la patiente était stable sur le plan hémodynamique et ne présentait pas de signes alarmants lors de son admission du 21 mai 2018. Les médecins ont effectué une anamnèse et un examen clinique corrects et complets avec des examens complémentaires ciblés et complets. Certes le diagnostic d'embolie pulmonaire a été évoqué dans le cadre du diagnostic différentiel d'une syncope, comme d'autres diagnostics différentiels, mais il n'a pas été retenu car il n'y avait pas de suspicion clinique suffisante. En l'absence de suspicion clinique, il n'y avait, à juste titre, pas d'indication à doser les D-Dimères, qui auraient par ailleurs pu être faussement augmentés en raison de la période du postpartum. De plus, le CT-scanner était une imagerie irradiante, dont les potentiels effets cancérogènes sont décrits dans la littérature. Exposer la patiente à une telle imagerie, devant uniquement une suspicion clinique faible, en présence d'un diagnostic différentiel alternatif plus plausible, n'était pas non plus indiqué à ce stade de la prise en charge. Dans le cas particulier, même si le diagnostic ou l'étiologie exacte du malaise n'étaient pas totalement clairs, le diagnostic le plus plausible a été retenu suite à la consultation, à savoir un malaise

sur hypotension orthostatique. En effet, le malaise était survenu après qu'elle se soit levée (changement de position) et la patiente présentait des signes de déshydratation. Bien que le test de Schellong ait été négatif, ce diagnostic restait plausible au vu du contexte clinique. L'état de la patiente était par ailleurs rassurant et les médecins avaient proposé, à juste titre, qu'elle revienne consulter en cas de péjoration ou nouveaux symptômes. Il n'y avait, à ce stade, pas d'indications à la garder en surveillance à l'hôpital (P. 68, p. 27).

Pour les experts cette prise en charge était conforme aux règles de l'art médical (P. 68, p. 27).

S'agissant de la prise en charge médicale pratiquée le 22 mai 2018, les experts ont relevé que lorsqu'elle était revenue aux urgences vers 4h00, la patiente se plaignait d'un essoufflement et d'une douleur thoracique. Elle présentait une tension artérielle discrètement diminuée (limite inférieure de la norme) à 116/78 mmHg (valeur standard à 120/80 mmHg) associée à une tachycardie à 129/min (norme 60-100/min), et une saturation diminuée à 90% (norme > 94%). Un degré d'urgence 2 a été retenu et la patiente a été prise en charge aux urgences dans le délai recommandé. Elle a été placée sous 2 litres d'oxygène. Lors de la consultation médicale, elle a expliqué qu'elle ressentait une douleur localisée au niveau l'épigastre sous forme de brûlures avec irradiation rétro-sternale et une sensation de dyspnée. Les médecins ont relevé dans le rapport de consultation que la patiente présentait les facteurs de risque thromboembolique suivants : post-partum, césarienne, obésité et tabagisme actif. L'examen physique de la patiente n'avait relevé aucune anomalie en dehors du fait qu'elle semblait légèrement déshydratée. A 4h20, les paramètres vitaux renseignés dans le dossier médical étaient les suivants : tension artérielle à 113/87 mmHg, fréquence cardiaque à 124/min, fréquence respiratoire à 25/min avec une saturation à 89% sous 2 litres d'oxygène. L'électrocardiogramme du 22 mai 2018 de 4h16 montrait une tachycardie sinusale à 131/min, avec un « *pattern S1Q3* », pouvant être un signe d'embolie pulmonaire. De nouvelles analyses laboratoires avaient été réalisées à 4h30, et étaient globalement

superposables à celles de la veille. Toutefois, cette fois-ci les D-Dimères ont été dosés et étaient fortement augmentés à 8'617 µg/l (norme <500 µg/l). De plus, la Troponine I avait été dosée et était augmentée à 220,6 ng/l (norme <51,4 ng/l) de même que le NT-pro BNP à 3168 ng/l (norme < 125 ng/l). Une gazométrie, réalisée sous 2 litres d'oxygène à 5h18 montrait une hypoxémie avec une PaO₂ à 66,9 mmHg (norme > 80 mm Hg) et une hypocapnie avec une PaCO₂ à 30,6 mmHg (norme : 35-45 mm Hg). A 5h29, les paramètres vitaux étaient les suivants : tension artérielle à 118/71 mmHg et saturation à 93% sous deux litres d'oxygène. A 7h43, les paramètres vitaux étaient globalement superposables aux dernières valeurs renseignées avec une tension artérielle à 119/87 mmHg, une fréquence cardiaque à 110/min, une saturation à 92% sous deux litres d'oxygène. Suite aux résultats laboratoires, la médecin assistante en charge a contacté téléphoniquement le médecin cadre pour valider l'indication au CT-scanner thoracique à la recherche d'une embolie pulmonaire. Le radiologue de garde n'était pas joignable et présent à l'Hôpital de [...] avant 7h30, il a été convenu de réaliser l'examen à son arrivée. Un CT-scanner thoracique, réalisé à 7h46, avait permis de mettre en évidence une embolie pulmonaire centrale bilatérale marquée, avec répercussions sur les cavités cardiaques droites et un infarctus pulmonaire lobaire inférieur gauche. Il est décrit que la patiente a alors reçu un bolus d'anticoagulation intraveineuse après le CT-scanner (à 8h00 selon prescriptions). A 8h15, la patiente a présenté une dégradation sévère de ses paramètres vitaux avec une hypotension artérielle à 83/66 mmHg, une tachycardie à 146/min, une saturation diminuée à 75% et une fréquence respiratoire à 27/min. Les paramètres vitaux enregistrés ensuite à 8h34 confirmaient également la dégradation hémodynamique de la patiente, avec une hypotension artérielle à 89/46 mmHg, une tachycardie à 140/min. L'introduction de l'anticoagulation avait été suivie d'une hypotension artérielle, avec désaturation et une bradycardie suivies d'un arrêt cardiorespiratoire à 8h35. Des manœuvres de réanimation avaient été entreprises immédiatement. L'intubation était décrite comme difficile en raison de vomissements et d'une bronchoaspiration (P. 68, pp. 27-29).

Pour les experts, les nouveaux éléments anamnestiques et cliniques décrits par la patiente étaient cette fois-ci directement évocateurs d'une embolie pulmonaire. Compte tenu des facteurs de risque de la patiente et des nouveaux éléments, la suspicion clinique d'une embolie pulmonaire était alors élevée. Les D-Dimères ont été dosés cette fois-ci par les cliniciens selon l'algorithme du score de Genève « révisé » qui attribuait à la patiente un risque intermédiaire. Bien qu'elle présentait le même score de Genève « révisé » que la veille, en raison d'une fréquence cardiaque augmentée, les nouveaux éléments cliniques rapportés rendait la probabilité d'une embolie pulmonaire élevée. Ainsi, il aurait été acceptable de demander directement un CT-scanner thoracique, sans doser les D-dimères. Bien que la patiente présentait une altération des signes vitaux (tachycardie, discrète hypotension artérielle et une hypoxémie), elle avait montré durant sa prise en charge une stabilité clinique et « hémodynamique » depuis son admission jusqu'au CT-scanner thoracique réalisé le matin du 22 mai 2018. Elle avait été monitorée durant toute cette période. C'est uniquement après le CT-scanner thoracique qu'elle a présenté une péjoration hémodynamique sévère, ayant finalement résulté en un arrêt cardiorespiratoire. Concernant le « délai » entre le début de la prise en charge et la réalisation du CT-scanner, il ressortait du dossier médical et des auditions, que l'imagerie n'a pu être réalisée que dès l'arrivée du médecin radiologue sur site, à savoir dès 7h30 environ. Il n'y avait toutefois pas de délai clairement défini dans la littérature pour réaliser un CT-scanner thoracique lors d'une suspicion d'embolie pulmonaire, d'autant plus que la patiente était restée « stable » jusqu'au CT-scanner thoracique. Concernant l'anticoagulation, il était raisonnable de ne pas commencer le traitement avant le CT-scanner pour les raisons citées par les médecins de l'Hôpital de [...], à savoir principalement le traumatisme crânien de la veille, qui présentait un potentiel risque hémorragique. La thrombolyse n'avait pas été réalisée pour les mêmes raisons (P. 68, p. 29).

Cette prise en charge a donc aussi été jugée conforme aux règles de l'art médical par les experts (P. 68, p. 29).

f) A la suite du dépôt de leur rapport, une série de questions complémentaires ont été posées aux experts. Ils y ont répondu dans un rapport complémentaire du 27 avril 2022 (P. 90). Au terme de ce rapport, ils ont confirmé que les prévenus n'avaient pas violé les règles de l'art médical.

g)aa) En raison de questions complémentaires concernant la prise en charge de la patiente sitôt après son accouchement, un nouveau complément d'expertise a été ordonné. Le Docteur [...] a été remplacé par le Professeur [...], spécialiste en gynécologie obstétrique. Les experts ont déposé leur rapport le 26 octobre 2022 (P. 100). Ils ont relevé que la prise en charge du risque thromboembolique de la patiente au cours de son hospitalisation à l'Hôpital de [...], après sa césarienne en urgence, avait été en adéquation avec les recommandations et respectait tout à fait les règles de l'art car elle avait bénéficié d'une anticoagulation préventive durant la période de son séjour hospitalier. Concernant la problématique supplémentaire de déterminer s'il fallait ou non prolonger la prévention thrombo-embolique au-delà du séjour à l'Hôpital de [...] en avril 2018, l'analyse du cas et des données de la littérature avait montré que le risque thrombotique de la patiente était juste limite entre un risque bas, voire modéré. Ceci a abouti au fait que la situation de la patiente se trouvait dans une zone grise, et que les recommandations de pratique et la littérature à ce sujet n'étaient pas uniformes. En conséquence, les experts sont arrivés à la conclusion que, compte tenu de l'absence de consensus clair concernant les recommandations à ce sujet et de l'absence d'obligation à poursuivre une telle prophylaxie au-delà de l'hospitalisation, ils ne pouvaient pas reprocher une violation des règles de l'art aux prévenus (P. 100, p. 13).

bb) Les experts n'ayant pas répondu de manière satisfaisante à l'une des questions qui leur avait été posées, à savoir la raison pour laquelle un CT-scan n'avait pas pu être effectué avant 7h30 le 22 mai 2018, un ultime complément d'expertise leur a été demandé. Ils ont déposé leur rapport le 16 mai 2023 (P. 115). A la question qui leur était posée, les experts ont répondu qu'en raison du changement de garde à

7h00, c'était le radiologue de garde de jour qui avait été contacté, plutôt que celui de garde de nuit qui terminait son service. Ce médecin-là était arrivé à 7h10, soit 25 minutes après avoir été contacté par la Dre [...], ce qui constituait un délai raisonnable. Les experts en ont déduit qu'il n'y avait pas eu de violation du cahier des charges de l'hôpital (P. 115, p. 3).

h) Par avis de prochaine clôture du 15 mai 2024, le Procureur a imparti aux parties un délai au 17 juin 2024 pour produire leurs ultimes déterminations. A la requête des plaignants, ce délai a été prolongé au 4 juillet 2024. Le 1^{er} juillet 2024, les plaignants ont demandé que ce délai soit prolongé à tout le moins jusqu'au 6 septembre 2024, afin de produire une expertise privée.

B. Par ordonnance du 5 juillet 2024, le Ministère public a prononcé le classement de la procédure pénale dirigée contre [...], [...] et [...] pour homicide par négligence (I), ordonné la levée du séquestre sur les dossiers médicaux de [...], enregistrés sous fiche n° 23'881 et leur restitution aux hôpitaux concernés une fois la présente décision définitive et exécutoire (II), ordonné la levée du séquestre sur le CD contenant les radiographies de [...], enregistré sous fiche n° 30'611 et sa restitution à l'hôpital concerné une fois la présente décision définitive et exécutoire (III), statué sur les indemnités au sens de l'article 429 al. 1 let. a CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0) allouées aux prévenus (IV à VI) et laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (VII).

Quant à la conduite de l'instruction, le Procureur a d'abord rejeté la réquisition des parties plaignantes tendant à la prolongation du délai de prochaine clôture, pour deux motifs. D'une part, la présente procédure avait été ouverte il y a maintenant plus de six ans, de sorte que les parties plaignantes avaient bénéficié d'un temps conséquent pour produire les pièces qu'elles souhaitaient et qu'une décision de clôture pouvait être rendue sans violer leur droit d'être entendues. D'autre part, une expertise privée était assimilée en procédure à une déclaration de partie, qui ne bénéficie en aucun cas de la valeur probante d'une expertise

officielle ; les parties plaignantes ayant pu s'exprimer dans le cadre de la présente affaire, le dépôt d'une expertise privée n'était pas de nature à modifier l'appréciation du Ministère public.

Le Procureur a également rejeté les réquisitions de preuve présentées à titre subsidiaire par les parties plaignantes, tendant à l'audition du Professeur [...], la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition des Drs [...] et [...]. S'agissant de l'audition du Professeur [...], il a rappelé que la direction de la procédure avait fait le choix de s'adresser à lui dès lors qu'elle suspectait initialement que le décès de [...] était en lien avec sa grossesse et son accouchement, hypothèse qui a été écartée. Les auditions des médecins ont en revanche mis en lumière des questions sur l'organisation et les pratiques du service des urgences de l'Hôpital de [...], raison pour laquelle une seconde expertise avait été mise en œuvre et confiée à un interniste, un urgentiste et une légiste. Il n'était donc pas pertinent d'aborder le Professeur [...], lequel ne pourrait pas se prononcer sur les conclusions de ses confrères faute de compétences spécifiques dans le domaine concerné.

En ce qui concerne la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, le Procureur a rappelé que la présente affaire avait déjà fait l'objet de pas moins de deux expertises et de trois compléments d'expertise. Une nouvelle expertise était donc superflue.

Enfin, en ce qui concerne l'audition du Dr [...], le Procureur a considéré qu'elle ne paraissait pas nécessaire compte tenu de l'expertise conduite par le CURML et de ses compléments (P. 68, 90, 100, 115 et 118). Quant à l'audition de la Dre [...], il a rappelé que cette praticienne avait déjà été entendue (PV aud. 2) et qu'elle avait produit des déterminations par l'intermédiaire de son défenseur (P. 131), de sorte qu'une nouvelle audition n'était pas nécessaire.

Quant au sort de l'action pénale, le Procureur a considéré, sur la base des différents avis d'expert (Dr [...], Dre [...] et Pr [...] ; Pr [...]), que l'instruction n'avait pas permis de démontrer que les prévenus avaient

commis une violation de leur devoir de diligence. Un élément constitutif à tout le moins faisant ainsi défaut, l'infraction d'homicide par négligence n'était donc pas réalisée, de sorte qu'il convenait de mettre un terme à l'action pénale pour tous les prévenus.

C. Par acte du 18 juillet 2024, A.I._____, B.I._____, A.E._____ et B.E._____, agissant conjointement par leur conseil juridique gratuit commun désigné par ordonnance du 5 septembre 2018, ont recouru contre l'ordonnance de classement du 5 juillet 2024. Ils ont conclu, sous suite de frais et dépens, à son annulation, le dossier étant renvoyé au Ministère public pour instruction complémentaire au sens des considérants. Les recourants ont produit des pièces nouvelles, dont une expertise privée.

Dans ses déterminations du 19 février 2025, [...], intimé au recours, représenté par son défenseur de choix, a conclu, sous suite de frais et dépens, à son rejet.

Les intimées [...] et [...], également représentée par leur défenseur de choix, en ont fait de même dans des déterminations séparées du 20 février 2025.

Également invité à se déterminer sur le recours, le Ministère public a renoncé à procéder.

Le 21 février 2025, le conseil juridique gratuit des recourants a requis du Président de la Chambre des recours pénale d'être désigné en cette même qualité pour la présente procédure de recours. Il a produit deux listes d'opérations, afférentes, la première, aux opérations effectuées du 27 juin 2018 au 29 juin 2024 et, la seconde, à celles effectuées depuis le 15 juillet 2024 (P. 155).

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 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, le recours a été interjeté en temps utile devant l'autorité compétente, par les parties plaignantes, qui ont la qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP). Au surplus, le recours satisfait aux conditions de forme prescrites (art. 385 al. 1 CPP). Il est donc recevable. Les pièces nouvelles produites à l'appui du recours sont également recevables (cf. art. 389 al. 3 CPP ; TF 7B_1011/2023 du 11 janvier 2024 consid. 3.4 ; TF 1B_550/2022 du 17 novembre 2022 consid. 2.2).

2.

2.1 Les recourants invoquent une violation de leur droit d'être entendus et le rejet injustifié de leurs réquisitions de preuve. Invoquant l'expertise privée produite à l'appui de leur recours, dont il sera fait état au considérant 3 ci-dessous, ils font valoir d'abord que la portée d'une expertise privée n'est pas nulle, un tel avis pouvant mettre en lumière les lacunes ou les contradictions d'une expertise judiciaire et, ainsi, justifier la désignation d'un nouvel expert. Ils soutiennent ensuite que le dossier comporte déjà deux expertises qui contiennent des conclusions contradictoires, et que c'est donc pour que l'expert judiciaire [...] prenne position sur la seconde expertise judiciaire qu'ils ont demandé son audition. Ainsi, toujours selon les recourants, l'expertise privée produite montrerait que la seconde expertise judiciaire et ses compléments sont contestables. Enfin, les recourants considèrent qu'il existe des points de fait qui demeurent encore à instruire.

2.2 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).

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). La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe « *in dubio pro duriore* », qui signifie qu'en règle générale, 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. 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 146 IV 68 consid. 2.1, JdT 2020 IV 256 ; ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1, JdT 2017 IV 357 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1 et les réf. citées ; TF 7B_630/2023 du 20 août 2024 consid. 3.2.1 ; TF 6B_957/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.1). En revanche, le ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement, qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement (ATF 143 IV 241 précité consid. 2.3.2).

2.3 Selon l'art. 117 CP (Code pénal ; RS 311.0), dans sa formulation antérieure au 1^{er} juillet 2023 (RO 2023 p. 259), celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Agit par négligence quiconque, par une imprévoyance coupable, commet un crime ou un délit sans se rendre compte des conséquences de son acte ou sans en tenir compte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle (art. 12 al. 3 CP). Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu et dû, au vu des circonstances, de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte qu'il mettait en danger des biens juridiquement protégés de la victime et qu'il excédait les limites du risque admissible (ATF 148 IV 39, consid. 2.4.2, ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées). 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 réf.). 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). La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 135 IV 56 consid. 2.1). Par ailleurs, 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 et les réf. citées).

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_1177/2022 du 21 février 2023 consid. 2.3.3).

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 148 IV 39 consid. 2.3.4 ; ATF 134 IV 175 consid. 3.2; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; TF 6B_1177/2022 du 21 février 2023 consid. 2.3.3 ; TF 6B_63/2020 du 10 mars 2021 consid. 3.3.2 ; TF 6B_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1).

Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. 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 (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.1). 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_1333/2022 du 2 octobre 2023 consid. 2.2.4 et les références citées).

La prévisibilité d'un acte ne suffit pas pour que le résultat puisse être imputé au comportement imprudent de l'auteur. Il faut encore regarder si le résultat aurait pu être évité. Dans ce contexte, on analyse un déroulement causal hypothétique et on examine si, dans l'hypothèse où l'auteur aurait agi conformément à son devoir de diligence, le résultat ne se serait pas produit. Pour que le résultat soit imputé à l'auteur, il suffit que le comportement de ce dernier ou son omission ait, avec un haut degré de vraisemblance, été la cause du résultat (ATF 140 II 7 consid. 3.4 et la référence citée ; TF 6B_1055/2020 précité consid. 4.3.4 et les références citées).

2.4

2.4.1 Une expertise privée ne constitue certes pas un moyen de preuve au sens des art. 139 ss CPP. Le juge peut néanmoins en tenir compte dans son jugement. Peu importe que ce ne soient pas les autorités pénales mais une personne intéressée par l'issue de la procédure qui ait choisi l'expert, l'ait instruit et l'ait rémunéré, que les exigences posées par les art. 183 et 56 CPP ne soient pas respectées, que l'expert n'ait pas eu accès au dossier complet et que sa responsabilité pénale ne soit pas engagée selon l'art. 307 CP. Ces aspects, ainsi que l'expérience selon laquelle une expertise privée n'est produite que si elle est favorable à son

mandant, ont pour conséquence que celle-ci doit être appréciée avec retenue.

Si une expertise privée n'a pas la même valeur probante qu'une expertise judiciaire, le juge n'en est pas moins tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par l'autorité (ATF 141 IV 369 consid. 6.2 ; TF 6B_1155/2022 du 21 août 2023 consid. 3.4 ; TF 6B_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 1.1).

2.4.2 En l'espèce, les recourants ont produit en seconde instance une expertise privée. Dans la mesure où la Chambre de céans administre, d'office ou à la demande d'une partie, les preuves complémentaires nécessaires au traitement du recours, conformément à l'art. 389 al. 3 CPP (cf. TF 7B_150/2022 du 18 février 2025 consid. 2.2.1), elle doit admettre la recevabilité d'une preuve, même si celle-ci aurait pu, ou dû, être produite dans le délai de prochaine clôture (cf. en outre supra, consid. 1.2).

2.5 Intitulée « *Rapport préliminaire d'expertise concernant le décès de feu [...]* », l'expertise produite à l'appui du recours a été établie par le Professeur [...], médecin-adjoint responsable de l'Unité d'anesthésie gynécologique et obstétricale des [...] (P. 143/2/5). Sous l'intitulé « *Résumé des critiques du rapport d'expertise du CURML* », cet avis relève, en conclusion, ce qui suit :

« Bien qu'il soit très bien détaillé et argumenté, certaines conclusions du rapport d'expertise du CURML sont contestables. Les principaux points sujets à contestation relèvent de la non-conformité des prises en charge avec les règles de l'art et sont les suivants :

- *Lors de la première consultation du 21 mai 2018, il y a eu une erreur (de) diagnostic qui était évitable.*
- *Celle-ci a engendré un retard d'environ 11 h dans l'obtention du diagnostic d'EP.*
- *Lors de la deuxième consultation du 21 mai 2018, il y a eu un retard dans la réalisation du Ct-scanner, examen diagnostique qui devait être réalisé le plus rapidement possible, idéalement dans l'heure suivant la suspicion d'EP sévère.*
- *Il y a eu un retard dans l'administration du traitement d'héparine.*
- *Finalement une thrombolyse n'a pas été effectuée une fois l'arrêt cardiaque intervenu » (p. 7).*

Ce rapport préliminaire émane d'un médecin-adjoint pratiquant dans un hôpital universitaire ; son auteur prend explicitement position sur les expertises judiciaires, dont il paraît contredire les conclusions.

Même si une expertise de partie n'a pas la force probante d'une expertise judiciaire, force est de constater que le rapport du Professeur [...] comporte, à certains égards du moins, des appréciations médicales qui divergent de celles des experts judiciaires [...], [...], [...] et [...] quant à la cause du décès de [...] et la conformité aux règles de l'art du traitement dispensé par tout ou partie des prévenus. Ces conclusions apparaissent, en l'état, de nature à mettre en doute les conclusions de la seconde expertise judiciaire, et sur des points importants, susceptibles d'influer sur la qualification des faits au regard de l'art. 117 CP (cf. consid. 2.3 ci-dessus). En outre, comme l'ont souligné les recourants, la première expertise judiciaire réalisée par le Professeur [...] retenait l'existence d'une violation des règles de l'art.

Un classement apparaît dès lors prématuré dans ces conditions. En outre, le droit des parties d'être entendues doit être préservé. La Chambre de céans ne saurait procéder à des mesures d'instruction, à peine de priver les parties de la garantie de la double instance cantonale. Partant, il convient d'annuler l'ordonnance de classement. Il appartiendra au Ministère public d'apprécier la force probante de l'expertise privée produite le 18 juillet 2024 et, le cas échéant, de procéder à un complément d'instruction, par exemple sous la forme d'une troisième expertise judiciaire, avant de statuer à nouveau.

Ce qui précède dispense la Chambre de céans d'examiner les autres moyens du recours.

5. En définitive, le recours doit être admis et l'ordonnance entreprise annulée, le dossier de la cause étant renvoyé au Ministère public pour qu'il procède dans le sens des considérants.

L'avocat Alexandre Guyaz requiert une extension de son mandat d'office à la présente procédure de recours et demande sa désignation en qualité de conseil juridique gratuit pour cette procédure. La requête d'assistance judiciaire pour la procédure de recours présentée le 21 février 2025 doit être admise (art. 136 al. 3 CPP). Me Alexandre Guyaz, déjà consulté, sera désigné en qualité de conseil juridique gratuit (cf. CREP 13 janvier 2025/22 consid. 3 ; CREP 4 novembre 2024/790 consid. 7 ; CREP 20 septembre 2024/672 consid. 3).

Les frais de la procédure de recours sont fixés à 2'200 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]).

Au vu du travail accompli par Me Alexandre Guyaz, il sera retenu une durée de sept heures et 50 minutes d'activité nécessaire d'avocat, conformément à la liste d'opérations produite en relation avec la présente procédure de recours. Au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et 3 al. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3], par renvoi de l'art. 26b TFIP), les honoraires nets s'élèvent à 1'410 francs. S'y ajoutent 2 % pour les débours (art. 3^{bis} al. 1 RAJ, par renvoi de l'art. 26b TFIP), soit 28 fr. 20, et 8,1 % de TVA sur le tout, soit 116 fr. 50, de sorte que l'indemnité est arrêtée au total à 1'555 fr. en chiffres arrondis.

Vu le sort du recours, les frais judiciaires et les frais imputables au conseil juridique gratuit seront laissés à la charge de l'Etat (art. 428 al. 4 CPP). S'agissant d'une infraction poursuivie d'office, peu importe que les prévenus, intimé au recours, qui succombent, aient conclu à son rejet.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 5 juillet 2024 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public de l'arrondissement de Lausanne pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- IV.** La requête de désignation d'un conseil juridique gratuit pour la procédure de recours en la personne de Me Alexandre Guyaz est admise.
- V.** L'indemnité allouée à Me Alexandre Guyaz, conseil juridique gratuit de A.I. _____, B.I. _____, A.E. _____ et B.E. _____, est fixée à 1'555 fr. (mille cinq cent cinquante-cinq francs).
- VI.** Les frais d'arrêt, par 2'200 fr. (deux mille deux cents francs), ainsi que l'indemnité allouée à Me Alexandre Guyaz, par 1'555 fr. (mille cinq cent cinquante-cinq francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- VII.** 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 :

- Me Alexandre Guyaz, avocat (pour A.I._____, B.I._____, A.E._____ et B.E._____),
- Me Eric Muster, avocat (pour [...]),
- Me Gilles Monnier, avocat (pour [...]),
- Me Christian Favre, avocat (pour [...]),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur de l'arrondissement de Lausanne,
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, Recours contre les tiers responsables,

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 :