

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 24 juin 2022

Composition : Mme BYRDE, présidente
MM. Meylan et Kaltenrieder, juges
Greffière : Mme Saghbini

Art. 117 al. 1, 125 al. 1 CP ; 319 al. 1 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 23 décembre 2021 par J._____ contre l'ordonnance de classement rendue le 14 décembre 2021 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE17.015765-EMM**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) Le Ministère public central, division affaires spéciales, a ouvert une instruction à la suite d'une plainte pénale déposée le 6 juillet 2017 par J._____ contre inconnu pour homicide par négligence et lésions corporelles graves par négligence en lien avec le décès, le 5 février 2017,

de son époux M._____, à l'Hôpital de F._____ - lequel fait partie du G._____ -, où il était hospitalisé depuis le 27 janvier 2017.

En substance, la plaignante a exposé que M._____, né en 1948, était atteint d'un cancer de l'œsophage et était suivi depuis 2015 par la Dre W._____, oncologue, qui a son cabinet de consultation à l'hôpital de F._____. Ensuite du diagnostic, son époux avait subi plusieurs chimiothérapies jusqu'en 2016, ainsi que la pose de deux stents dans l'œsophage. Il souffrait également des métastases au foie qui avaient augmenté au point de comprimer la veine cave, engendrant des gonflements et infections des jambes. Ces affections l'avaient conduit à être hospitalisé une première fois à l'hôpital de F._____ en octobre 2016. Lors d'un contrôle aux C._____ en décembre 2016, il avait été constaté que le stent était bien en place mais qu'un médicament anticoagulant, la clexane, avait vraisemblablement provoqué un saignement interne visible au niveau du nombril, de sorte que la décision avait été prise d'arrêter ce médicament. Son époux avait néanmoins reçu de l'aspirine cardio pour fluidifier le sang et la Dre W._____ lui avait en outre prescrit des séances de radiothérapie, ainsi que de la morphine, en faible dose, pour soulager les douleurs ressenties au foie. A fin janvier 2017, la Dre W._____ avait constaté que les jambes de M._____ présentaient à nouveau des gonflements et étaient très rouges, selon elle signe d'une infection. En particulier, le 24 janvier 2017, la médecin avait prescrit à son patient des antibiotiques à administrer par voie orale. Lors de la consultation, J._____ avait demandé s'il ne fallait pas administrer de la clexane, ce à quoi la médecin avait répondu : « *non j'ai peur de tout faire sauter à l'intérieur* ». Le 27 janvier 2017, la médecin lui avait conseillé d'emmener son époux aux urgences afin qu'il reçoive des antibiotiques par voie intraveineuse. M._____ avait alors été hospitalisé à l'hôpital de F._____. Dans la nuit, il avait reçu de la clexane, soit l'anticoagulant que l'oncologue avait refusé d'administrer quelques jours auparavant. La plaignante a précisé que son époux ne lui avait pas dit avoir été informé des risques que présentait l'administration de cet anticoagulant. Elle a encore décrit, dans sa plainte, les journées suivantes d'hospitalisation mentionnant notamment que le Dr K._____, médecin

assistant, l'avait informée par téléphone le matin du 30 janvier 2017, d'une part, que son époux avait probablement fait une hémorragie interne dans la nuit du 29 au 30 janvier 2017, vraisemblablement due à la clexane, et, d'autre part, qu'il avait eu une thrombose ayant nécessité la prise de ce médicament. Sur place, elle avait retrouvé son époux réveillé, mais perturbé, certains de ses propos semblant confus. Vers 18h00, la Dre W._____ était arrivée à l'hôpital et avait évoqué avec M._____ et elle l'administration de la morphine par pompe à morphine, les informant que cela provoquerait de l'endormissement. M._____ avait clairement refusé la morphine. J._____ a ajouté que le 31 janvier 2017, une réunion s'était déroulée entre son époux et elle, le Dr K._____, la Dre W._____ ainsi que l'infirmière L._____. L'oncologue avait expliqué qu'ils étaient à un stade où il n'y avait plus de traitement curatif pour le cancer et avait évoqué la connexion à la pompe à morphine, ce que M._____ avait à nouveau catégoriquement refusé. Quant à J._____, elle n'avait pas constaté que son époux présentait des signes de souffrance. A la fin de la réunion, son époux avait demandé à rentrer chez lui et les médecins avaient dit qu'ils allaient contacter l'A._____. Le 1^{er} février 2017, le Dr K._____ et l'infirmière L._____ avaient à nouveau évoqué la morphine par pompe en relevant que cela n'était pas acceptable que leur patient souffre et ait des douleurs, alors que J._____ avait trouvé que son époux avait l'air d'aller globalement bien. M._____ s'était opposé à la morphine par connexion, mais J._____ avait constaté plus tard dans la journée qu'il avait été connecté à la pompe à morphine. Les jours suivants, les médecins avaient augmenté les doses de morphine malgré l'inconfort de son époux qui ne la supportait pas. Le 2 février 2017, les médecins leur avaient expliqué que le foie était en train de lâcher ; lors d'un moment d'éveil, M._____ avait répété qu'il voulait rentrer à son domicile. La plaignante a encore expliqué que le 3 février 2017, elle avait reçu un téléphone du Dr K._____ qui l'avait informée du fait qu'ils augmentaient la dose de morphine n'acceptant pas que leur patient souffre. Ce dernier avait fini par décéder le matin du 5 février 2017 à 5h30.

A l'appui de sa plainte, J._____ a ainsi fait valoir que son époux avait reçu de la clexane, mais qu'il n'avait pas été informé des risques liés à l'administration de ce médicament, notamment le risque hémorragique qui s'était finalement produit. Or, d'après elle, si M. _____ avait été averti des risques, il aurait refusé l'administration de cet anticoagulant. La plaignante a également reproché le dosage de la morphine, ainsi que l'imposition de la pompe à morphine, sans l'accord de son époux. Elle a considéré que les médecins avaient violé les règles de l'art et provoqué les lésions corporelles ainsi que le décès de son époux.

b) Par ordonnance du 16 août 2017, le Procureur a ordonné le séquestre du « dossier médical original et complet » de M. _____ auprès du G._____.

c) Il ressort notamment de ce dossier médical les éléments suivants.

aa) Dans un fax du 27 janvier 2017 au Dre [...] de l'hôpital de F._____, la Dre W._____ a demandé l'hospitalisation de son patient en urgence, écrivant ce qui suit :

« Chère [...],

Merci d'hospitaliser Monsieur M._____ pour récurrence DHD Bilatérale, malgré 72h Antibiotiques co-amoxicilline po 625 mg 3x/j, pour Antibiotiques IV dans contexte cancer œsophage st IV s/p 2 stents œsophagiens, multiples chimiothérapies s/p pose stent VCI (VCI) [...] 11.2016, avec initialement bon effet.

Récemment, Toml + érythème, chaleur c/a DHD

? obstruction stent

s/p RT hépatique terminée 9.1.17 pour compression.

A dispo

Meds oxycontin 10mg 2x/j

oxynorm 5mg en réserve max 6x7j

temesta expidet 1 mg, le soir, avec réserve

co-amoxicilline 625 mg 3x/j »

bb) Dans la lettre de sortie établie le 7 novembre 2016 résumant une hospitalisation du 4 novembre 2016, le Dr D._____, médecin aux C._____, a mentionné, concernant le traitement du patient, que : « nous avons rajouté de l'Aspirine Cardio en raison du stent, et

gardons l'enoxaparine [ndr : la clexane] 40mg 1x/j en thromboprophylaxie ».

cc) Dans un courrier du 15 novembre 2016 au Dr P._____, médecin généraliste de M._____, avec copie au Dr D._____, la Dre W._____ a relaté l'historique médical de son patient depuis 2015 et transmis les informations principales pour une suite de prise en charge conjointe. L'oncologue a rappelé la médication de son patient, laquelle comprenait, entre autres, de la « *clexane 0,4 ml 1x/j* ».

dd) Dans un rapport du 7 décembre 2016, le Dr D._____ a notamment indiqué qu'il n'avait « *pas d'indication stricte à la poursuite de la thromboprophylaxie par enoxaparine 40mg/j, que le patient désire arrêter => stop ; continuer aspirine cardio* », retenant également qu'« *un petit hématome para-ombilical indolore pouvait être suggestif d'un signe de Cullen, sans symptomatologie d'hématome rétropéritonéal présente* » et considérant qu'aucune imagerie en urgence n'était recommandée et qu'un suivi clinique la semaine suivante pouvait être proposé.

ee) Le compte rendu d'un scanner abdomino-pelvien réalisé le 27 janvier 2017 dans le service de radiologie de l'hôpital de F._____ a conclu à une « *évolution oncologique défavorable* » du cancer œsophagien et à une « *probable thrombose de la veine cave associée à une compression extrinsèque en-dessous du stent* », dans les termes suivants :

« Stent en place au sein de la veine cave inférieure. Présence de plusieurs images hypodenses à l'intérieur faisant suspecter une thrombose cave. On note que la veine cave sous-jacente au stent est comprimée par les lésions hépatiques ».

ff) Les notes de suivi ont relaté le déroulement de l'hospitalisation de M._____ du point de vue de l'équipe médicale laquelle y a décrit les interventions ainsi que les remarques, demandes ou refus du patient lors de chacune des intervention du personnel soignant.

La note de suivi n° 3192560 (numéro 2 selon la numérotation de la plaignante, cf. P. 4/2) a été créée le 28 janvier 2017 à 01h40 et mentionne en particulier ce qui suit :

« Comportement : ce soir patient me répond quand je lui demande si il peut garder ses urines, il me répond que il ne veut pas et est libre de faire ce que il veut de son corps, ensuite au moment de faire une clexane me dit pas dans le ventre ni sur la cuisse au risque d envoyer des metastases partout. Je ne relève pas et finalement accepte de faire spot urinaire. En discutant avec lui me dit ne pas dormir je lui propose d appeler la garde mais il refuse prefere attendre que le sommeil vienne. »

La note de suivi n° 3194711 (numéro 24 selon la numérotation de la plaignante, cf. P. 4/2) a été créée le 30 janvier 2017 à 17h45 et indique ce qui suit :

« Etat clinique :

-HD : hypotension avec TA syst. A 82 => OM ringer-lactate 250 ml + perf hydratation RL 1000ml/24h. A fait un malaise ce matin en voulant se lever

-Anémie avec HG à 70 => scanner injecté et diagnostic de saignements hépatiques. OM transfusion 1 CE cette AM

-douleur : très algique avec EVA à 6-7/10. Explication du médecin au patient et à son épouse Mo PO mal assimilée et prescription Mo SC mais le patient refuse dans un premier temps et rediscute avec la médecin => accepte KT SC

-risque de chute

-Asthénie majeur

-Alimentation : boit thé + fortimel, très peu d'alimentation »

La note de suivi n° 3196400 (numéro 31 selon la numérotation de la plaignante, cf. P. 4/2) a été créée le 31 janvier 2017 à 19h20 et relate ce qui suit :

« Devenir : discussion à 15h30 avec épouse, Mme W._____, K._____ et moi-même. Le patient connaît la réalité de la gravité de l'aggravation de son cancer avec une métastase hépatique très importante et l'impossibilité de chirurgie. Explication sur l'antalgie avec Morphine. Epouse très inquiète car ne veut pas que son mari soit "déconnecté" et dans l'incapacité de communiquer. Le patient nous demande d'aider son épouse pour accepter de le "laisser partir". Il verbalise son souhait de rentrer à domicile s'il peut s'organiser une structure de suivi type soins palliatifs ambulatoires sur le canton de Genève. »

La note de suivi n° 3191156 (numéro 34 selon la numérotation de la plaignante, cf. P. 4/2) a été créée le 1^{er} février 2017 à 16h33 et indique ce qui suit :

« Etat clinique :

-douleurs : refus du patient à 10h pour PSE de Mo sur gripper. Discussion avec épouse. Ils acceptent à 14h car douleurs insupportables. Le patient a arraché par inadvertance son KT SC
Mise en place MO IV à 14h30. Bolus 5mi=5mg pour flucher rallonges + aiguille gripper+chambre implantable

-mobilisation : ne peut plus se lever, installé au fauteuil. Douleurs vives et impossibilité de soulever le patient avec prise sous les aisselles

-curané : talons rouges et risque d'escarre car patient cachéxique => installation matela anti-escarre. Difficultés +++ car faire des effleurages ou massages en raison de la douleur. Refus patient

-HD : augmentation œdèmes des MI (compression VCI par métastase). A uriné de petites quantités très concentrées dans urinal + 2 fois dans protection

-Familial : épouse ayant toujours une activité professionnelle

-Devenir : patient ayant émis le souhait de soins palliatifs à domicile sur Genève. Infirmière de liaison qui parle avec Mr et son épouse mais refus de lit médicalisé, chaise percée, etc. et difficultés pour organisation (transport). Discussion avec médecin traitant + équipe des soins palliatifs de Genève. »

d) Entendue le 19 septembre 2017 par le Procureur (cf. PV aud. 1), J._____ a confirmé la teneur de sa plainte. Elle a complété ses explications en indiquant notamment qu'elle ignorait la cause du décès de son époux, qu'elle n'avait eu droit à aucune information et que le comportement de M._____ avait changé lorsqu'il avait été mis sous pompe à morphine. Elle a relevé avoir eu rendez-vous avec la Dre W._____ après le décès au cours duquel la médecin lui avait montré l'évolution de la maladie afin qu'elle comprenne, lui expliquant par ailleurs que le foie était devenu très grand, qu'il y avait du sang dans le ventre et que c'était très douloureux pour M._____.

Au sujet de la morphine, J._____ a ajouté que plusieurs personnes dont certaines du milieu médical lui avaient expliqué qu'il était connu qu'elle accélérerait le décès. Elle a répété que son époux ne se plaignait pas particulièrement lors des soins, mais que lorsqu'il était en position assise, il demandait de faire attention car il avait mal à son

hématome au niveau du ventre. La plaignante a également déclaré qu'il y avait des tensions avec les infirmières, car elles étaient en faveur d'une augmentation des doses de morphine mais qu'elles ne lui expliquaient pas ce qui se passait. Elle a mentionné qu'à une occasion, l'un des infirmières l'avait informée que son époux s'était arraché le cathéter ; une autre fois, une infirmière lui avait dit que si son père se trouvait dans la situation de M._____, elle voudrait qu'il ait de la morphine. J._____ s'est déclarée choquée qu'on impose des traitements à une personne qui était « *encore capable de sortir et d'aller au cinéma* », estimant que son époux n'était pas entré à l'hôpital dans l'idée qu'il n'en sortirait plus. Elle a évoqué le fait que M._____ avait une rétention urinaire et que lorsque le Dr I._____ était intervenu et lui avait demandé s'il avait mal, son époux avait répondu que « *c'était le cas depuis plus de 24 heures* ». Ce dernier avait ainsi énormément souffert et personne ne s'en était rendu compte.

A la question de savoir si son époux était en phase terminale de son cancer, J._____ a répondu ce qui suit : « *ce terme n'a jamais été employé par les médecins. On était conscient tous les deux qu'il était affaibli et que sa maladie progressait* ». Elle a expliqué par ailleurs qu'à l'époque, avec son époux et la Dre W._____, ils avaient parlé d'EXIT de façon informelle, que la médecin n'était pas pour cette solution et qu'elle leur avait précisé qu'à l'hôpital, ils avaient les moyens de le mettre confortable. Les démarches de son époux avaient consisté à se renseigner auprès de l'infirmière de l'A._____ et à télécharger le formulaire. Il lui avait clairement dit qu'il voulait mourir à domicile.

Au cours de son audition, elle a produit une retranscription des messages avec son époux durant l'hospitalisation ainsi qu'une note manuscrite non datée de celui-ci lui précisant les affaires dont il avait besoin (P. 9). La plaignante a estimé que cela attestait du fait que M._____ allait bien durant l'hospitalisation et qu'il n'avait pas été informé des risques de l'administration de clexane.

e) Par courrier du 18 octobre 2017, J._____, par l'entremise de son avocat, a relevé que le dossier médical transmis était incomplet en

ce sens qu'il manquait les « feuilles d'ordres médicaux » et que l'auteur de l'ordre médical d'administrer de la clexane n'était pas identifié. Elle a précisé que selon la note de suivi faite à l'admission de M._____ à l'hôpital, il était indiqué « *patient non algique* », et en a déduit que son époux n'avait pas de douleurs particulières liées à son état cancéreux ou que celles-ci étaient efficacement jugulées au moyen des soins palliatifs déjà administrés, tel que la morphine par voie orale. Elle a également souligné que deux versions de la lettre de sortie du 8 février 2017 existaient et qu'elle sollicitait l'audition du Dr K._____.

f) Lors de son audition du 24 janvier 2018 (cf. PV aud. 2), la Dre W._____, oncologue de M._____, a notamment expliqué avoir suivi son patient pendant presque deux ans en ambulatoire, à partir du mois de mars 2015, en raison d'un cancer de l'œsophage métastatique au foie d'entrée. Il s'agissait d'une maladie incurable, étant précisé qu'au moment du diagnostic, le cancer était déjà au stade IV. Elle a mentionné qu'au mois d'octobre 2016, son patient avait eu les jambes très gonflées et rouges, ce qui était occasionné par une compression par le foie métastatique sur la veine cave inférieure. Il avait été soigné *lege artis* et avait pu bénéficier d'un stent dans la veine cave inférieure, posé par le service d'angiologie des C._____. Elle a ajouté qu'après cette opération, M._____ avait été anticoagulé pendant un mois, que lors d'un rendez-vous en angiologie, les médecins avaient accepté de renoncer aux injections d'anticoagulant à la demande du patient qui n'aimait pas trop ces injections dès lors qu'à l'époque il n'y avait pas de signe de thrombose.

Elle a indiqué en outre que le motif d'hospitalisation au mois de janvier 2017 était une baisse de l'état général, des douleurs de l'hypocondre droit et surtout à nouveau des œdèmes des membres inférieurs avec surinfection de la peau. M._____ présentait aussi une grande fatigue liée à l'évolution de la maladie. Le scanner effectué le 27 janvier 2017 lors de l'hospitalisation avait confirmé une progression du cancer, notamment au niveau du foie ; il y avait à nouveau une compression de la veine cave inférieure et du stent avec une thrombose

en dessous du stent. Le scanner montrait une hémorragie dans une métastase hépatique et un passage de sang dans l'abdomen, ce qui causait de très importantes douleurs. Un avis avait été pris auprès de l'équipe d'angiologie des C. _____ et cette dernière avait proposé une anti-coagulation thérapeutique afin de permettre au caillot de sang de se résorber. Comme M. _____ avait très mal, les antidouleurs qu'il recevait avant son hospitalisation ne suffisaient plus et il avait dû bénéficier d'injections de morphine sous cutanée à intervalles réguliers, puis il avait dû bénéficier d'injections de morphine par voie intraveineuse. La Dre W. _____ a précisé que l'approche de l'issue fatale avait été discutée bien avant l'hospitalisation vu que la maladie n'avait cessé de progresser.

S'agissant de l'administration de la morphine, la médecin a indiqué qu'elle n'avait pas pris une telle décision, ajoutant que les Drs K. _____ et I. _____ seraient mieux à même de renseigner sur ce point. Elle a précisé qu'elle avait parlé avec M. _____, lors de l'entretien du 30 janvier 2017 auquel était notamment présent le Dr K. _____, de lui administrer de la morphine six fois par jour en sous cutané avec des réserves, et que celui-ci « *n'était pas contre* » et demandait à être soulagé, mais qu'il était « *ambivalent* » en ce sens qu'il hésitait entre être somnolent et ne pas trop souffrir. Lors d'une seconde discussion le 31 janvier 2017, elle n'avait pas évoqué avec son patient la morphine intraveineuse car il était à ce moment-là suffisamment soulagé par la morphine en sous-cutanée. La Dre W. _____ a encore relevé qu'avant l'hospitalisation, les douleurs étaient importantes, mais beaucoup moins intenses que pendant l'hospitalisation. La médecin a ajouté qu'elle ne pouvait pas se prononcer pour ses collègues sur la question de savoir si la morphine administrée était la cause du décès, rappelant toutefois que le patient souffrait d'une maladie grave, que la durée médiane de survie - malgré les traitements - était de moins d'une année, que grâce au traitement son existence avait pu être prolongée mais que « *la maladie évoluait inexorablement et le risque de décès était imminent, même avant qu'il n'entre à l'hôpital, la baisse de son état général étant considérable* ». Elle a expliqué que la dose de morphine en tant que telle n'était pas de nature à entraîner le décès et que lorsque les médecins faisaient une

antalgie avec de la morphine, ils tiraient le dosage jusqu'à obtenir le confort du patient. Elle a expliqué que de manière générale, la morphine avait des effets secondaires connus, soit une dépression respiratoire et un endormissement. La Dre W. _____ a répété qu'elle ne pouvait pas dire que la morphine était la cause du décès dans une maladie largement évolutive en fin de vie, précisant encore que la morphine faisait partie des soins de fin de vie d'un patient et que « *ce ne serait pas éthique de ne pas la donner chez un patient en souffrance* ».

La médecin a confirmé avoir indiqué à son patient, avant l'hospitalisation, qu'elle ne voulait pas anticoaguler, mais à la remarque du Procureur relevant que de la clexane avait été administrée à M. _____ lors de son hospitalisation, elle a répondu qu'une thrombose avait alors été diagnostiquée par le scanner.

Concernant la capacité de discernement de M. _____, la Dre W. _____ a indiqué qu'il était « *compétent* », entendant par là qu'il était apte à prendre une décision quant à l'administration de la morphine, même si pendant l'hospitalisation il avait eu des moments de confusion.

g) Par ordonnance du 26 janvier 2018, le Procureur a ordonné le séquestre de l'entier du dossier médical de M. _____ auprès du G. _____, précisant que le dossier envoyé le 23 août 2017 était incomplet en ce sens qu'il manquait au moins la rubrique « *ordres médicaux* ».

h) Le 23 mai 2018, le Dr I. _____, chef de clinique à l'hôpital de F. _____, a été entendu par le Procureur (cf. PV aud. 3). Il a expliqué qu'il y avait plusieurs raisons au décès de M. _____, les raisons possibles étant « *l'hémorragie en elle-même, une thrombose qui peut provoquer une embolie pulmonaire, une insuffisance hépatique, les médicaments administrés* ». Il a précisé avoir laissé les médicaments à la fin de la liste car il s'agissait de la cause la « *moins probable* ». Il a expliqué, concernant la morphine, qu'elle était décrite pour raccourcir la durée de vie et que si l'on en prenait à de fortes doses, cela pouvait amener à un arrêt

respiratoire. Concernant l'administration de la morphine à M._____, le médecin a indiqué qu'il s'agissait d'une décision conjointe entre le médecin-assistant, soit le Dre K._____, lui-même et le médecin-cadre, soit le Dr N._____, qui était superviseur de toute la division de médecine interne, ne se rappelant pas s'il y avait eu une discussion conjointe entre les trois intervenants, mais qu'en tout cas cela a été discuté avec les trois pendant le séjour. Il a précisé que l'hémorragie intrapéritonéale provoquait de fortes douleurs et la morphine avait été prescrite pour apaiser la souffrance de M._____. Le Dr I._____ a mentionné que, selon son souvenir, le patient était d'accord de recevoir de la morphine car elle n'aurait sinon pas été administrée. Il avait souvenir d'une discussion le 3 février 2017 où étaient présents J._____, M._____ et une infirmière, la rencontre ayant été motivée par le fait qu'il y avait un désaccord entre les soignants et la plaignante au sujet de la morphine. Il a précisé que le désaccord portait sur l'utilisation et la dose de la morphine : pour les soignants, la dose était insuffisante car ils voyaient souffrir M._____ tandis que, pour l'épouse, la dose était trop importante. Il a indiqué que la position du patient sur la question de la morphine était qu'il voulait être soulagé et rentrer chez lui. Le médecin a ajouté que lorsqu'une personne refusait la connexion de la pompe à morphine, on ne lui administrait pas le médicament.

Pour le Dr M._____, M._____ était effectivement sur le point de décéder, indépendamment de la morphine, précisant que « *s'il n'y avait jamais de date, le patient avait un cancer avancé* ». Il a indiqué que l'on était en présence d'une personne en train de mourir et de souffrir. Il a relevé que pour des soins de fin de vie, la morphine était fréquemment utilisée, mais dans le seul but de soulager les souffrances et qu'à ce titre la pompe permettait d'avoir une administration plus continue par rapport à une utilisation sous-cutanée ponctuelle. Il a encore expliqué qu'il n'avait pas été possible pour M._____ de retourner chez lui en raison de l'existence d'un risque de décès pendant le transport.

i) Lors de son audition du 24 mai 2018 par le Procureur (cf. PV aud. 4), le Dr K._____, médecin assistant à l'hôpital de F._____, a

notamment expliqué que le CT-scanner du 27 janvier 2017 avait révélé une augmentation importante des métastases au niveau hépatique et de nouvelles métastases pulmonaires, ainsi qu'une thrombose à l'intérieur de la veine cave. Un avis avait été demandé au chirurgien vasculaire des C._____ qui connaissait déjà le patient. L'indication n'était pas d'introduire un nouveau stent, mais d'administrer un traitement anticoagulant pour soigner la thrombose. Il a précisé qu'ils avaient eu l'avis clair des angiologues, qu'ils avaient discuté entre eux dans l'équipe de médecine interne et qu'ils avaient introduit la clexane en raison de la thrombose décelée par le scanner. Il a ajouté que toutes les thromboses étaient traitées avec un anticoagulant et que s'il y avait d'autres anticoagulants possibles que la clexane, cela ne changeait pas l'effet anticoagulant ; dans les faits, la complication avait d'ailleurs pu être gérée. Il a expliqué que le cas de M._____ était pour les médecins de l'hôpital une situation où l'on ne pouvait rien faire du point de vue thérapeutique pour tout soigner, que ce patient était clairement en fin de vie et que la seule chose qui pouvait lui être proposée était des soins de confort. Dans le cadre de ce genre de soins, il s'agissait de soulager la qualité de vie des derniers jours qu'il restait au patient ; ainsi, la première étape consistait à soulager la douleur et ensuite s'occuper de l'hydratation du patient, de sa nutrition ainsi que de ses besoins physiologiques (uriner et aller à selle).

Le médecin a exposé avoir discuté avec M._____ qui avait sa capacité de discernement, et que la volonté de ce dernier était de ne pas avoir de douleurs et de rentrer à domicile pour mourir, mais que par la suite, le patient avait eu un choc hémorragique. Selon lui, l'hémorragie responsable de l'état de choc résultait d'une métastase du foie qui avait saigné ; elle pouvait être due soit à la métastase elle-même, soit à une complication du traitement anticoagulant (clexane 65mg deux fois par jour) qui avait été introduit.

Le Dr K._____ a rapporté que chez les patients oncologiques, selon les normes internationales, le traitement contre la douleur consistait à de la morphine car elle soulage aussi l'angoisse liée à cette situation, la

dose étant adaptée selon la réponse du patient. Il a déclaré que M. _____ était d'accord avec la morphine et qu'il en avait discuté personnellement avec lui, précisant qu'à la base, le patient ne voulait pas avoir mal et qu'il était au clair qu'il s'agissait de la fin. S'agissant du consentement de M. _____ quant à la pompe à morphine, le Dr K. _____ a encore déclaré que le patient ne s'y était pas opposé, qu'il n'avait jamais été opposé au soulagement de la douleur et que, s'il avait été contre, la pompe n'aurait pas été introduite. Il a précisé qu'ils avaient parlé plusieurs fois, avec J. _____, de la morphine en général et de son effet sur son époux, discutant toujours de la même chose : il y avait un contraste entre leur prise en charge médicale et la volonté de l'épouse ; s'agissant de la prise en charge médicale, il était clair que le patient avait des douleurs très intenses, dès lors que rien que le passage de la position couchée à assise dans le lit d'hôpital était très douloureux et que le toucher très légèrement de son abdomen était très douloureux, alors que l'épouse souhaitait qu'il ne soit pas somnolent.

A la question de savoir de quoi était décédé M. _____, le médecin a répondu ne pas en connaître la cause, qu'il y avait plusieurs possibilités, déclarant « *à la base, il est mort de son cancer métastatique très avancé avec des complications vasculaires chez un patient qui n'avait plus de traitement oncologique et chez qui on avait constaté, avec le scanner, une progression très importante des métastases, et donc de sa maladie de base* ». Le Dr K. _____ a exclu que la morphine ait causé la mort, ajoutant que la seule situation où la morphine pourrait causer la mort était de la donner à très haute dose, ce qui provoquait une inhibition de la zone cérébrale qui règle la respiration, mais que cela n'avait pas été le cas du patient. Il a précisé qu'à plusieurs reprises, après discussion avec J. _____, la dose avait été réduite, avant d'être augmentée à nouveau en raison de douleurs chez le patient. Le médecin a répété que la pompe à morphine était une voie d'administration et que la cause de la mort était la maladie (i.e. le cancer) qui était « *tellement avancée* ».

j) Le 29 mai 2028, le Procureur a demandé au G. _____ de lui adresser les paramètres vitaux et les notes des constantes de M. _____

ainsi que la liste des médicaments effectivement administrés durant l'hospitalisation, avec mentions de la date, de l'heure, du dosage et de la voie d'administration.

Par courrier du 20 juin 2018, la plaignante a relevé notamment que le dossier médical n'était toujours pas complet malgré les ordres de séquestre. Elle a demandé de réentendre le Dr K._____ et de procéder à l'audition de L._____. Elle a aussi requis qu'une expertise médicale soit mise en œuvre.

k) Le 30 octobre 2018, L._____, infirmière à l'hôpital de F._____, a été entendue par le Procureur (cf. PV aud. 5). Elle a exposé notamment que M._____ avait été hospitalisé dans son service pour un cancer en phase terminale, qu'il était dans une grande souffrance physique et que le seul médicament qui pouvait soulager les douleurs de métastases au foie étaient des injections de morphine. Elle a indiqué que la position du patient à propos de l'administration de la morphine était qu'il voulait soulager ses douleurs, ne souhaitait plus qu'on le tourne - action qui consistait à éviter les esquarres en cas d'alitement - et ne s'était pas opposé à l'administration de la morphine. Elle a ajouté que J._____ souhaitait continuer à communiquer avec son époux, lequel était plus somnolent et dormait plus souvent avec la morphine.

L._____ a été interrogée sur les notes de suivi (cf. partie A lettre c)ff *supra*). Elle a expliqué, s'agissant de la note n° 24, que le patient avait fait un malaise et une anémie grave, que de la morphine par la bouche lui avait été proposée, qu'il avait dans un premier temps refusé puis accepté un cathéter sous-cutané de morphine, ne supportant pas l'administration par voie orale. Au sujet de la note n° 31, elle a indiqué que la Dre W._____ avait dit au patient qu'il n'y avait plus de traitement possible contre le cancer et que M._____ avait demandé à l'infirmière « *d'aider son épouse à accepter de le laisser partir* ». Concernant la note n° 34, elle a mentionné que M._____ avait arraché le cathéter sous-cutané et qu'en début de matinée le 1^{er} février 2017, il avait refusé le pousse-seringue de morphine, équivalent d'une pompe à morphine. Elle a

indiqué que le patient avait bien refusé ce pousse-seringue à 10h00 mais l'avait accepté à 14h00 car les douleurs étaient devenues insupportables, ayant des cris lorsqu'il était tourné. L'infirmière a répété que le patient voulait rester conscient, mais voulait aussi ne plus souffrir, indiquant qu'au moment où il avait accepté la pompe à morphine, sa douleur était insupportable, soit entre 8 et 10 sur l'échelle, tandis que vers 10h00, la douleur était probablement supportable pour lui, expliquant encore qu'une douleur pouvait parfois « *fluctuer et arriver par crise* ».

I) Auditionné le 30 octobre 2018 par le Procureur (cf. PV aud. 6), le Dr Y._____, médecin assistant à l'hôpital de F._____, a notamment indiqué qu'il avait accueilli M._____ lors de son admission à l'hôpital le 27 janvier 2017, mais qu'il ne s'était par la suite plus occupé de ce patient. Il a expliqué ne pas avoir de souvenir de ce qu'il s'était passé le 27 janvier 2017 ; en relisant le dossier, il a constaté que le patient avait été adressé aux urgences pour une tuméfaction et une rougeur des jambes, qu'il avait été traité par antibiothérapie orale et que, malgré ce traitement, l'évolution était défavorable. Le bilan effectué aux urgences avait nécessité de faire un scanner qui, selon le dossier, montrait qu'il y avait une thrombose au niveau d'un stent que M._____ avait à la hauteur du foie. Le traitement habituel avait été repris et une anti-coagulation (la clexane) initialement prophylactique, puis thérapeutique, avait été administrée pour prévenir la survenue de thromboses liées à l'alitement. Il a mentionné que la décision de prescrire la clexane avait été prise conjointement avec le chef de clinique de l'étage. S'agissant de l'information au patient que l'administration de la clexane thérapeutique pouvait provoquer une hémorragie, le Dr Y._____ a indiqué que c'était normalement une information qui était faite et que, dans le cas précis de M._____, il ne savait plus ce qu'il en avait été. Il a précisé qu'il y avait une urgence à agir sur le plan thérapeutique sans pouvoir attendre le lendemain, le risque étant que la thrombose mise en évidence obstrue complètement la veine cave inférieure et que cela mène à la mort du patient. A la question de savoir s'il avait expliqué au patient les alternatives à la prescription de la clexane et si des alternatives existaient, le médecin a répondu ne pas se souvenir s'il avait parlé d'un nouveau

stent lors de la conversation avec les angiologues, ni s'il y avait une alternative et si elle avait été évoquée au patient.

m) Le 27 février 2019, V._____, infirmière de liaison pour l'A._____, a déclaré au Procureur (cf. PV aud. 7) avoir vu M._____ au tout début de l'hospitalisation, avant l'introduction de la morphine par intraveineuse, afin d'essayer d'organiser un retour à domicile, qui était son souhait. Elle a indiqué qu'il s'agissait d'un patient au courant de ce qu'il avait et qui connaissait la gravité de sa maladie. Elle lui avait demandé de quoi il avait besoin et il lui avait répondu qu'il voulait « *mourir à la maison* » et qu'« *on aide son épouse à accepter qu'il s'en aille* ». L'infirmière ne se souvenait pas que le patient avait exprimé sa douleur, mais elle avait vu un inconfort et des suintements au niveau des œdèmes des jambes. Elle a ajouté que l'A._____ l'avait sollicitée pour une évaluation avant d'accepter un retour à domicile, ce qui était réaliste mais nécessitait de l'anticipation pour mettre en place les choses ; il fallait aussi et surtout que l'antalgie soit stabilisée. V._____ a encore indiqué que le lendemain ou le surlendemain de la rencontre avec M._____ et son épouse, elle avait rappelé J._____ qui lui avait dit qu'elle la recontacterait. La situation s'était péjorée et la morphine avait été introduite, de sorte qu'elle n'était pas allée plus avant dans les démarches.

n) Par courrier du 6 mars 2019, J._____ a produit un tableau qu'elle avait établi au sujet des dosages de morphine administrée à son époux durant l'hospitalisation (P. 25/1).

o) Par ordonnance du 23 mai 2019, le Procureur a ordonné le séquestre d'une copie du dossier médical complet auprès de l'A._____.

Le 13 novembre 2019, il a ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée au T._____.

Le 9 mars 2020, le Procureur a demandé au G._____ des documents médicaux concernant M._____ car le dossier demeurerait incomplet.

A la suite d'une demande des expertes, le magistrat a encore requis, par courrier du 20 mars 2020, que le G._____ lui adresse les images radiologiques des scanners.

p) Le rapport d'expertise a été établi le 6 août 2020 par la Prof. R._____, spécialiste FMH en médecine légale et directrice du T._____, la Prof. S._____, médecin cheffe au [...], et la Dre B._____, médecin interne (P. 50). Les conclusions des expertes sont les suivantes :

« X. REPONSES AUX QUESTIONS

1. L'administration de morphine à M._____ ressort-elle du dossier médical ? Des éléments quant à la décision de lui en administrer ressortent-ils du dossier médical ? Si oui, à quel moment et quel médecin a décidé d'administrer de la morphine par le biais de la pompe à morphine ? A quel moment a effectivement débuté l'administration de morphine par la pompe à morphine ?

Oui, l'administration de morphine ressort du dossier médical ; en témoignent les prescriptions médicales, les documents relatant les traitements administrés et les notes de suite. Par ailleurs, nous constatons que M. M._____ était déjà au bénéfice d'un traitement par opioïde avant son hospitalisation, puis en raison de l'apparition de douleurs non contrôlées par sa médication habituelle, un relais par morphine a été effectué.

Oui, la décision d'administrer de la morphine a été motivée par la présence de douleurs non contrôlées par la médication habituelle, notamment suite aux complications présentées le 30 janvier 2017. Les notes de suite et les évaluations de la douleur de M. M._____ témoignent de ces douleurs et justifient la décision d'administrer de la morphine (cf. chapitre discussion pour les exemples).

A la lecture du dossier médical, il n'est pas possible de déterminer avec certitude à quelle heure et quel médecin a décidé d'administrer de la morphine par le biais de la pompe à morphine. Cependant, sur la base du dossier médical, notamment le document « Historique des médicaments », nous pouvons déterminer que l'administration de morphine par pompe a débuté le 1^{er} février 2017.

2. Y a-t-il au dossier médical des éléments indiquant que M. _____ a été consulté en relation avec l'administration de morphine, plus particulièrement en ce qui concerne l'administration par la pompe à morphine ? M. _____ a-t-il refusé de se voir administrer de la morphine par pompe à morphine ?

La question de la morphine a été abordée à plusieurs reprises lors de discussions avec M. M. _____ et son épouse Mme J. _____, comme en témoignent les notes de suite. Il n'est cependant pas possible de déterminer si M. M. _____ a été consulté spécifiquement en relation avec l'administration de la morphine ou de la pompe à morphine.

M. M. _____ a manifesté, à plusieurs reprises, son désir d'être soulagé comme en témoignent les notes de suite. Ces notes attestent également, à deux reprises, que M. M. _____ a refusé l'administration ponctuelle de morphine, notamment le 30 janvier 2017 et le 1^{er} février 2017. Le 30 janvier 2017, M. M. _____ avait refusé la morphine par voie sous-cutanée dans un premier temps, puis après discussion il l'a accepté. Le 1^{er} février 2017, M. M. _____ a refusé à 10h00 la pompe à morphine sur le port-à-cath, puis à 14h00 en raison de « douleurs insupportables », il a accepté la pompe à morphine, comme en témoigne l'administration concordante à 14h30 selon l'« Historique des médicaments ».

3. M. _____ a-t-il toujours eu la capacité de discernement ? Si non, à partir de quel moment a-t-il été incapable de discernement ?

Sur la base du dossier médical (les notes de suite), M. M. _____ présentait un état de vigilance préservé jusqu'au 3 février 2017 car il avait clairement exprimé sa volonté de rentrer à domicile. Nous supposons donc que sa capacité de discernement était en théorie conservée à ce moment-là. Dès le 4 février 2017, nous constatons, à la lecture des notes de suite, une diminution de l'état de vigilance et de conscience, laissant supposer que sa capacité de discernement n'était plus présente.

4. Est-ce possible d'établir les causes du décès de M. _____ sur la base du dossier médical ?

Non, nous ne pouvons pas déterminer avec certitude la cause du décès de M. M. _____ car aucune autopsie médico-légale (avec des analyses toxicologiques) ou d'autopsie anatomopathologique n'a été effectuée à la suite de son décès. En l'absence d'examen post-mortem, nous devons nous baser sur l'analyse du dossier médical, pour émettre des hypothèses sur la cause du décès (cf. chapitre discussion). Ainsi, la cause la plus vraisemblable du décès de M. M. _____ est une cause multifactorielle qui s'inscrit dans le contexte d'un retrait thérapeutique et des soins de

confort chez une personne souffrant d'une maladie oncologique avancée, et compliquée par un événement hémorragique.

5. Est-il possible d'analyser et de quantifier les doses de morphine appliquées quotidiennement durant l'hospitalisation et de définir leur effet ? La quantité de morphine quotidienne était-elle médicalement justifiée ? En particulier au moment où M. _____ a été connecté à la pompe à morphine, y a-t-il eu des éléments au dossier médical mettant en évidence des douleurs particulières ?

Oui, sur la base du document « Historique des médicaments », il est possible d'analyser et de quantifier les doses de morphine reçues quotidiennement (cf. chapitre discussion et tableau récapitulatif des doses de morphine reçues quotidiennement). Il ne nous est cependant pas possible de déterminer avec exactitude leur effet. L'administration de morphine s'inscrit dans le contexte de soins de confort, avec un but antalgique.

Oui, les doses de morphine administrées étaient médicalement justifiées en raison de la présence de douleurs non contrôlées.

Oui, les notes de suite attestent, à plusieurs reprises, de douleurs importantes non contrôlées et justifient une augmentation du dosage de la morphine et l'introduction de la pompe à morphine. Malgré la pompe à morphine, M. M. _____ semblait toujours être pris de douleurs.

6. Est-il possible de déterminer le rôle joué par la morphine dans le décès de M. _____ au vu des doses qui ont été appliquées ? L'administration des doses administrées par pompe à morphine a-t-elle abrégé la vie du patient ?

Non, il ne nous est pas possible de déterminer formellement le rôle de la morphine dans le décès de M. M. _____. L'administration de morphine s'inscrit dans le contexte du retrait thérapeutique et des soins de confort ; il est connu que la morphine vise à soulager les souffrances, mais qu'elle est également susceptible d'abrégé la vie (cf. discussion). Nous ne pouvons donc pas formellement exclure que la morphine ait pu participer au décès de M. M. _____ ni déterminer quel rôle elle a joué dans son décès, car il n'y a pas eu de mesure des concentrations *post mortem*.

7. L'administration de Clexane ressort-elle du dossier médical ? Si oui, quel a été le dosage prescrit ? Le dosage prescrit de Clexane est-il justifié ? S'agissait-il d'une dose thérapeutique ou d'une dose prophylactique ? Le patient a-t-il été préalablement informé des risques liés à l'administration de Clexane ?

Oui, la prescription et l'administration de la Clexane ressortent dans plusieurs documents du dossier médical, entre autres dans le document « Historique des médicaments ». Le 27 janvier 2017, à l'admission de M. M. _____, le dosage initial prescrit

était de 40 mg/j de Clexane, soit une dose prophylactique. Puis le même jour, après le CT-scanner abdominal mettant en évidence une « possible thrombose » de la veine cave inférieure, cet ordre médical a été modifié pour 2 x 65 mg/j, soit une dose thérapeutique.

A la lecture du dossier médical, notamment la version définitive de la lettre de sortie (décès), et des procès-verbaux des médecins, la décision d'introduire un traitement anticoagulant à dose thérapeutique a été prise suite à un entretien téléphonique entre les angiologues des C._____ et les médecins de l'Hôpital de F._____. En théorie, le diagnostic d'une thrombose de la veine cave inférieure, tel que retenu par les cliniciens de F._____, justifie un dosage d'anticoagulation à dose thérapeutique. Ainsi, la prescription à dose thérapeutique s'avérait justifiée et n'était pas contre les règles de l'art. Il n'y a cependant aucune documentation dans le dossier médical relatant la décision d'introduire ce traitement.

Il n'existe aucun élément dans le dossier médical qui relate que les risques de l'anticoagulation aient bien été explicités à M. M._____. L'absence de documentation n'exclut cependant pas que ces informations aient été données oralement.

8. Est-ce que le retrait thérapeutique est justifié sur la base du dossier médical ?

Oui, dans le cas de M. M._____ le retrait thérapeutique et les soins de confort étaient indiqués sur la base du dossier médical, notamment suite à la survenue d'une complication majeure (le choc hémorragique en lien avec le saignement d'une métastase hépatique).

9. Est-ce que l'équipe médicale, au vu du pronostic défavorable, aurait dû laisser M._____ rentrer chez lui ou était-il justifié de le maintenir à l'hôpital ?

La décision d'un retour à domicile dans le contexte de soins palliatifs doit répondre à de nombreux critères, dont la disponibilité des soignants nécessaires, et le soulagement adéquat des douleurs. La lecture du dossier médical atteste de la nécessité d'une antalgie par pompe à morphine en raison de douleurs non contrôlées. M. M._____ n'était pas confortable du point de vue des douleurs au moment de l'organisation du retour à domicile. Le maintien à l'hôpital semblait donc se justifier sur la base de l'inconfort que présentait M. M._____ et de la nécessité de stabiliser ces symptômes. De plus, la veille d'un week-end, comme le vendredi 3 février 2017, il fallait pouvoir s'assurer que des soignants étaient disponibles et que l'encadrement par un médecin soit assuré. De ce fait, le « consensus » d'attendre le lundi 6 février 2017 pour refaire le point, semblait être compréhensible et, ainsi la stratégie de maintenir M. M._____ à l'hôpital se justifiait.

10. Y a-t-il eu une augmentation de la dose de morphine quotidienne à compter de l'introduction de la pompe à morphine ? Si oui, merci de la quantifier.

Oui, nous constatons une augmentation de la dose de morphine quotidienne à compter de l'introduction de la pompe à morphine (introduite le 1^{er} février 2017). Pour ce qui est des doses reçues quotidiennement (en équivalent morphine per os par jour), se référer au tableau récapitulatif en page 96 du chapitre discussion.

L'augmentation de la dose de morphine et le passage à la pompe à morphine étaient justifiés sur la base des douleurs que présentait M. M._____, comme en témoignent principalement les notes de suite. Il ressort que M. M._____ n'était pas suffisamment bien contrôlé du point de vue des douleurs avec l'antalgie proposée. Cependant, à la lecture du dossier médical, nous constatons également que certaines adaptations du dosage, notamment celle de la pompe à morphine en date du 2 février 2017 ne répondaient pas aux recommandations habituelles (augmentation par palier de 30% si la douleur n'est pas contrôlée). En effet, les doses ont été augmentées et diminuées sans respecter les paliers recommandés, et ce sur une très courte période. Les seuls éléments du dossier médical, notamment les notes de suite, permettant de comprendre de telles modifications « arbitraires », semblent être le désaccord entre le personnel soignant (qui trouvait M. M._____ non confortable) et son épouse, Mme J._____ (qui voulait diminuer les doses car elle trouvait M. M._____ trop somnolent).

11. Le dossier médical contient-il des éléments permettant de déterminer quelles sont les recommandations des C._____ s'agissant de la dose de Clexane qui était recommandée ? Si tel n'est pas le cas, merci de solliciter cette information de la part des C._____.

Il n'y a pas d'éléments dans le dossier médical permettant de déterminer les recommandations des C._____ concernant la dose de Clexane recommandée dans le cas de M. M._____. A la lecture du dossier médical et des procès-verbaux des médecins, la décision d'introduire un traitement anticoagulant à dose thérapeutique, soit 2 x 65 mg/j, a été prise suite à un entretien téléphonique entre les angiologues des C._____ et les médecins de l'Hôpital de F._____ le 27 janvier 2017. Cependant, aucune note de suite ou document médical ne témoigne de cet appel téléphonique. Seuls les prescriptions et l'historique d'administration des médicaments attestent qu'une dose thérapeutique a été administrée.

Concernant l'indication à l'anticoagulation, il n'existe pas de recommandations ou protocoles spécifiques, y compris aux C._____, pour le traitement de thrombose de la veine cave inférieure car celle-ci est considérée comme un événement

thromboembolique de type embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Elle répond donc aux mêmes recommandations sur la nécessité d'un traitement anticoagulant qu'en cas de maladie thromboembolique. Au sens large, l'anticoagulation est le traitement standard de la thrombose de la veine cave inférieure mais il doit être pondéré en fonction du risque hémorragique individuel du patient.

12. Le dossier médical permet-il d'établir quelle était la stratégie de traitement envisagée par l'hôpital pour M. _____ ? A-t-elle varié au cours de l'hospitalisation ?

Oui, il est possible de déterminer la stratégie de traitement sur la base du dossier médical (cf. discussion). Il apparaît clairement que M. M. _____ a été admis dans le contexte de soins palliatifs, et qu'il nécessitait des soins tels qu'un traitement antibiotique pour la dermohypodermite et une anticoagulation pour la thrombose dans la veine cave inférieure suspectée. La stratégie de traitement a ensuite évolué durant le séjour en raison de la survenue d'une nouvelle complication (le saignement d'une métastase hépatique). Dans un premier temps, les traitements, tels que l'antibiothérapie, ont été poursuivis, le traitement anticoagulant a été stoppé, et M. M. _____ a bénéficié d'une transfusion. Cependant au vu de l'évolution défavorable, des soins de confort ont ensuite été préconisés. L'administration de morphine, ainsi que la mise en place d'une pompe à morphine, s'inscrivent dans le contexte des soins de confort, face à des douleurs non contrôlées.

13. A quel moment M. _____ a-t-il été placé sous restriction hydrique ? Cette mesure était-elle médicalement justifiée ? Si non, cette mesure a-t-elle contribué à abrégé la vie de M. _____ ?

Bien que la lettre de sortie « version temporaire » atteste d'une restriction hydrique, il n'existe aucune prescription ou ordre médical dans le dossier médical témoignant de cette mesure. Il n'est par ailleurs pas fait mention de cette restriction hydrique dans les notes de suite ou dans la lettre de sortie « version définitive ». Ainsi, sur la base du dossier médical, il n'y a pas de preuves concrètes que cette restriction hydrique ait bien eu lieu.

14. L'expert a-t-il d'autres remarques à formuler ?

Non. »

Concernant la cause de décès, dans la partie « discussion », les expertes ont identifié plusieurs facteurs, indiquant qu'il n'était pas possible de pondérer l'impact de chacun sur la survenue du décès, mentionnant en l'occurrence les hypothèses suivantes :

« Nous pouvons ainsi évoquer :

- **une hémorragie intra-abdominale** : Le CT-scanner abdominal réalisé le 30 janvier 2017 a mis en évidence un hémopéritoine péri-hépatique et dans le pelvis, avec un saignement au sein d'une métastase hépatique. La chute de l'hémoglobine et l'hypertension artérielle que présentait M. M._____ témoignent qu'il a présenté un choc hémorragique. Cette hémorragie n'a cependant pas été immédiatement mortelle comme en témoigne la survie de M. M._____ sur quelques jours. Un saignement à bas bruit ou une récurrence du saignement, avec une anémie sévère peuvent expliquer le décès.
- **le contexte oncologique avancé** : M. M._____ était connu depuis 2015 pour un cancer de l'œsophage d'emblée métastatique et le CT-scanner du 27 janvier 2017 lors de son admission à l'Hôpital de F._____ témoignait d'une évolution oncologique défavorable avec de multiples métastases en augmentation. Le décès de M. M._____ s'inscrit très vraisemblablement dans le contexte oncologique avancé.
- **le traitement médicamenteux** : il n'y a pas eu d'analyses toxicologiques postmortem, ainsi que des concentrations de morphine post-mortem n'ont pas pu être déterminées. Il ne nous est donc pas possible d'affirmer si les concentrations de morphine ont atteint un taux potentiellement mortel. Il est reconnu que dans le contexte de soins de confort et de l'administration de morphine que le décès puisse survenir prématurément via une dépression respiratoire (effet secondaire non recherché).
- **une origine multifactorielle** : Bien que la cause du décès de M. M._____ puisse être imputée à une étiologie ou une complication unique, elle peut également s'inscrire dans le cadre de plusieurs événements intervenant simultanément. Dans le cas de M. M._____, la maladie oncologique avancée (le cancer œsophagien multi-métastatique) le rendait plus vulnérable aux complications, et limitait les traitements thérapeutiques (cf. stratégie de traitement). la maladie oncologique avancée (le cancer œsophagien multi-métastatique) le rendait plus vulnérable aux complications, et limitait les traitements thérapeutiques (cf. stratégie de traitement). En effet, dans le cadre d'une maladie oncologique avancée, les complications thromboemboliques ou hémorragiques sont fréquentes. M. M._____ présentait donc une situation médicale précaire, à laquelle se sont ajoutés une complication hémorragique majeure, et les effets secondaires des médicaments administrés dans le cadre des soins de confort. L'accumulation de ces facteurs peut expliquer un décès d'origine multifactorielle.

Dans le cas de M. M._____, la dernière hypothèse nous semble la plus vraisemblable. »

q) Dans ses déterminations du 22 septembre 2020 sur l'expertise, J._____ a fait valoir que le rapport d'expertise présentait des lacunes et des incohérences qu'il convenait de rectifier et/ou de clarifier afin d'avoir un avis aussi proche de la réalité concernant la prise en charge de M._____ auprès de l'hôpital de F._____, ce qui justifiait qu'elle puisse questionner à nouveau les expertes. Elle a formulé plusieurs réquisitions, dont l'audition du Dr D._____ et l'interpellation de l'hôpital de F._____ sur certains éléments concernant le dossier médical de M._____.

r) Le 18 mai 2021 (cf. PV aud. 8), le Procureur a entendu le Dr D._____, angiologue aux C._____ qui s'était occupé précédemment de M._____. Ce médecin a expliqué qu'il y avait eu une discussion multidisciplinaire le 30 janvier 2017 au sujet de la possibilité de refaire une intervention sur la veine cave inférieure qui était à nouveau comprimée, laquelle avait été traitée trois mois auparavant.

A propos des raisons à la prescription de la clexane, le médecin a relevé qu'il y avait une métastase tumorale qui arrivait au contact de la veine cave et qui la comprimait, que la situation était à haut risque de provoquer une thrombose et que c'était à but de prévention que le patient recevait de la clexane. Il a indiqué que M._____ ne présentait pas de contre-indications à la prescription de clexane et qu'il n'y avait pas de contre-indications absolues à la prescription de clexane, précisant que toute personne prenant des anticoagulants augmentait le risque hémorragique et que les personnes ayant un cancer avaient un risque de thrombose bien plus élevé, mais aussi un risque hémorragique plus élevé, la balance risques/bénéfices étant en outre plus compliquée pour un patient atteint d'un cancer. Il a indiqué qu'en voyant les images pendant le colloque, ils avaient établi qu'il y avait une possibilité d'ouvrir la veine cave inférieure par le biais d'une intervention, la même qu'au mois de novembre 2016, mais voulaient revoir le patient car ils n'étaient pas sûrs que les œdèmes étaient dus à cette compression.

Le médecin a mentionné n'avoir pas de souvenir précis concernant une interruption de la clexane en 2016 après la mise en place du stent qui aurait été en lien avec une tâche de sang observée au niveau du nombril. Ils avaient à l'époque noté la présence d'une tâche de sang au niveau du nombril et avaient attendu d'avoir une mesure d'hémoglobine avant de reprendre la clexane, précisant qu'il n'avait pas le souvenir d'une interruption prolongée.

Le Dr D._____ a considéré que l'administration de clexane lors de l'hospitalisation à F._____ en janvier 2017, malgré l'antécédent hémorragique, constituait la prescription thérapeutique indiquée sur la base d'éléments de suspicion d'une thrombose de la veine cave inférieure, rappelant que la thrombose de la veine cave inférieure était un risque important potentiellement mortel. La pesée des intérêts du risque hémorragique était difficile, mais s'il avait été proposé d'augmenter les doses, c'était qu'il avait été retenu que le risque thrombotique était plus élevé.

s) Par avis de prochaine clôture du 21 juin 2021, le Procureur a annoncé à J._____ son intention de rendre une ordonnance de classement dans le cadre de la procédure ouverte contre inconnu pour homicide par négligence.

Par courrier du 20 juillet 2021, la plaignante s'est opposée à un classement de la procédure considérant que des mesures d'instruction complémentaires devaient être ordonnées et a renvoyé à ses conclusions du 22 septembre 2020, sauf en ce qui concernait les deux premières auxquelles il avait été fait droit. Elle a précisé que les déclarations du Dr D._____ devraient être transmises aux expertes dans le cadre d'un complément d'expertise et que le Ministère public devrait tenir compte du fait que le G._____ n'avait pas été en mesure d'apporter la preuve d'une information par ses médecins sur le risque lié à l'administration de la clexane. Elle a encore souligné que les infractions dénoncées étaient non seulement un homicide par négligence, mais également des lésions corporelles par négligence.

B. Par ordonnance du 14 décembre 2021, le Ministère public central, division affaires spéciales, a ordonné le classement de la procédure pénale (I), a levé les séquestres sur le dossier médical original de M. _____ (P. 10), la partie du dossier médical « Ordres médicaux » (P. 15), les diverses informations le concernant, un dossier physique (dit dossier résiduel) (P. 34) et la copie des rapports de surveillance, ainsi que l'historique des médicaments (p. 47) et a ordonné leur restitution au G. _____, Hôpital de F. _____ (P. 10, 15 et 47) et à l'institution genevoise de maintien à domicile (P. 34) (II), et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (III).

Le Procureur a tout d'abord refusé la mise en œuvre d'un complément d'expertise, retenant que les expertes avaient répondu de manière complète aux questions médicales posées par le dossier, que l'enquête ouverte en 2017 avait été instruite de façon approfondie et que les opérations supplémentaires requises n'étaient pas susceptibles de modifier l'issue de la procédure, de sorte qu'elles devaient être rejetées. Ensuite, le magistrat a constaté que s'agissant de la prescription et de l'administration de la pompe à morphine à M. _____, qui s'inscrivait dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, les expertes avaient retenu une violation des règles de l'art médical en ce sens que les modifications du dosage de la pompe à morphine ne répondaient pas aux recommandations habituelles (augmentation par palier de 30% si la douleur n'est pas contrôlée), les doses ayant été augmentées et diminuées sans respecter les paliers recommandés sur une courte période. Les expertes avaient toutefois relevé que ces modifications s'inscrivaient dans un contexte de désaccords entre, d'une part, l'équipe soignante qui trouvait M. _____ non confortable en raison de douleurs et, d'autre part, son épouse qui souhaitait diminuer les doses car elle trouvait le patient trop somnolent. Le Procureur a exclu l'infraction d'homicide par négligence, considérant qu'un lien de causalité n'était pas donné dès lors que malgré le fait qu'une faute dans le dosage de la morphine pouvait être admise, l'instruction avait permis d'établir que le patient, qui souffrait d'un

cancer en phase terminale, n'aurait pas survécu si celle-ci n'avait pas été commise, considérant respectivement qu'il n'était pas établi avec une grande vraisemblance que si ces paliers avaient été suivis, l'issue aurait été différente. Par ailleurs, le Procureur a constaté que pour l'administration de clexane, même si les experts avaient relevé un manque dans la documentation du dossier médical en ce qui concernait la décision d'introduire le traitement anticoagulant, ils avaient indiqué que sa prescription (à dose thérapeutique), telle que prescrite et administrée, respectait les règles de l'art dans le cas de suspicion de thrombose de la veine cave, le dosage et la molécule choisie étant adéquats pour le traitement d'une thrombose, de sorte qu'aucune négligence n'avait été commise. Le Procureur a également estimé que l'infraction de lésions corporelles par négligence n'était pas réalisée, réfutant la négligence ainsi que l'existence d'un lien de causalité au vu de l'état de santé précaire dans lequel se trouvait M._____.

C. Par acte du 23 décembre 2021, J._____, par son conseil, a recouru contre cette ordonnance en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public central pour complément d'instruction et complément d'expertise, conformément à ses réquisitions du 20 juillet 2021.

Le 20 juin 2022, le Ministère public central s'est référé à l'ordonnance entreprise et a conclu 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 (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Le recours doit

être motivé et adressé par écrit dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 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 Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP) et dans les formes prescrites (art. 385 CPP), le recours est recevable.

2.

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

2.2

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

La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe *in dubio pro duriore*. Ce principe, qui découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 al. 1 CPP ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement, signifie qu'en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peuvent être prononcés que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le Ministère public dispose, dans ce cadre, d'un certain pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées ; TF 6B_1381/2021 du 24 janvier 2022 consid. 2). En revanche, le Ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

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

2.2.3 Le Ministère public peut écarter une réquisition de preuves si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le ministère public peut, de

manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entaché d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

2.2.4 Selon l'art. 189 CPP, d'office ou à la demande d'une partie, la direction de la procédure fait compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert, lorsque l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a), lorsque plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions (let. b), ou lorsque l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c).

Une expertise est incomplète ou peu claire notamment lorsqu'elle ne répond pas à toutes les questions posées, n'est pas fondée sur l'ensemble des pièces transmises à l'expert, fait abstraction de connaissances scientifiques actuelles ou ne répond pas aux questions de manière compréhensible ou logique (TF 1B_559/2021 du 17 janvier 2022 consid. 3.3 et les références citées). Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement une expertise (cf. art. 10 al. 2 CPP) et n'est pas lié par les conclusions de l'expert. Toutefois, il ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité ; il est alors tenu de motiver sa décision de ne pas suivre le rapport d'expertise. Si les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art.

9 Cst. (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3 ; TF 1B_559/2021 du 17 janvier 2022 consid. 3.3 ; TF 6B_567/2020 du 6 décembre 2021 consid. 2.3.2 ; TF 1B_425/2021 du 17 novembre 2021 consid. 4.1).

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

A cet égard, il faut constater que l'ordonnance attaquée n'évoque pas ces éléments. Ceux-ci ne sont toutefois pas étayés par le dossier, notamment par l'expertise. On ne saurait ainsi suivre la thèse de la recourante, qui se limite à opposer sa propre version des faits, sans discuter ni avancer d'élément concret susceptible de modifier

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

2.4 La recourante s'en prend ensuite à l'expertise dont elle demande un complément.

Cette expertise médico-légale a été conduite par la Prof. R._____, spécialiste FMH en médecine légale et directrice du T._____, par la Prof. S._____, médecin cheffe au [...], et par la Dre B._____, médecin interne. Leur rapport d'expertise du 6 août 2020 est constitué de 115 pages et retient, en substance, que M._____ était dans un état très grave lié à son cancer avancé en arrivant aux urgences le 27 janvier 2017 en ce sens qu'il était en fin de vie, bénéficiait déjà de soins palliatifs et que des complications ainsi que sa mort étaient imminentes, de sorte que seuls des soins palliatifs et de confort entraient en ligne de compte, que l'administration de la clexane respectait les règles de l'art car, en théorie, l'examen des bénéfices-risques commandait d'en faire l'administration en raison de la possible thrombose de la veine cave inférieure, que par ailleurs la morphine servait à soulager les douleurs dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, mais que certaines adaptations du dosage (notamment celle de la pompe à morphine du 2 février 2017) n'ont pas répondu aux recommandations habituelles (augmentation par paliers de 30% si la douleur n'est pas contrôlée), ne respectaient pas les règles de l'art et qu'on ne pouvait dire que la morphine avait causé la mort, le décès étant probablement multifactoriel (P. 50).

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

anticoagulant » par les médecins de l'hôpital de F._____ et les angiologues des C._____. Elle soutient que l'expertise est incomplète car elle omet de tenir compte du fait que les médecins avaient été avertis, par fax le 27 janvier 2017, des antécédents hémorragiques sous clexane de M._____. Elle reproche de n'avoir pas pu poser des questions complémentaires aux expertes au vu de cette lacune du rapport.

Or, concernant l'arrêt de la clexane à fin 2016, le fax du 27 janvier 2017 de la Dre W._____ (cf. partie A let c)aa *supra*) ne mentionne pas expressément une contre-indication à la clexane en lien avec un antécédent hémorragique en 2016. Bien plutôt, il ressort des pièces au dossier que le traitement de clexane dont M._____ avait bénéficié durant un mois après la pose d'un stent avait été interrompu, à l'époque, à la demande de ce dernier qui voulait stopper cette médication (cf. rapports médicaux du 7 novembre, 15 novembre et 7 décembre 2016, sous partie A lettre c)bb-dd *supra*). L'audition de l'oncologue le confirme, cette dernière ayant déclaré qu'il avait été renoncé aux injections d'anticoagulant à la demande de M._____ qui ne les « *aimait pas trop* » (PV aud. 2, lignes 141-143). Les déclarations du Dr D._____ vont également dans ce sens puisque que l'angiologue a affirmé n'avoir pas de souvenir précis concernant une interruption de la clexane en 2016 qui aurait été en lien avec une tâche de sang observée au niveau du nombril (PV aud. 8, lignes 121-127).

Par ailleurs, il ressort du dossier que tant les médecins de l'hôpital de F._____ que ceux des C._____ ont estimé qu'il était indiqué d'introduire un anticoagulant pour soigner la possible thrombose suspectée chez M._____, prescription avalisée par les expertes lesquelles l'ont tenue pour adéquate sur la base d'une possible thrombose (P. 50 p. 98). A ce sujet, le Dr K._____ a expliqué qu'il avait eu l'avis clair des médecins des C._____, ainsi qu'il en avait discuté au sein de l'hôpital de F._____ avec ses collègues, ajoutant que, même si le risque hémorragique s'était concrétisé dans la nuit du 29 au 30 janvier 2017, la complication avait été gérée (PV aud. 4, lignes 42-44 et 97-98). Le Dr Y._____ a indiqué qu'il y avait une urgence à agir sur le plan

thérapeutique, le risque étant que la thrombose suspectée obstrue complètement la veine cave inférieure et que cela mène à la mort du patient (PV aud. 6, lignes 159-164). Auditionné après la remise du rapport d'expertise, le Dr D. _____ a quant à lui confirmé que la situation était à haut risque de provoquer une thrombose dès lors que la métastase comprimait la veine cave inférieure, expliquant en outre que le patient ne présentait pas de contre-indication à la prescription de clexane, ni de contre-indications absolues, quand bien même la balance risques/bénéfices était plus compliquée pour un patient atteint d'un cancer ; l'angiologue a en particulier exposé qu'« *étant donné l'antécédent hémorragique* », l'administration de clexane était indiquée sur la base d'éléments de suspicion d'une thrombose de la veine cave inférieure et que, s'il avait été proposé d'augmenter les doses de ce médicament, c'était qu'il avait été retenu que le risque thrombotique - potentiellement mortel - était plus élevé (PV aud. 8, notamment lignes 134-142).

Compte tenu des circonstances susmentionnées, un complément d'instruction s'avère inutile, respectivement ne porterait pas sur un fait pertinent.

2.4.2 Sur la base des conclusions des expertes concernant le CT-scanner abdominal du 27 janvier 2017 dont une relecture indiquait qu'il était « *sans argument scanographique en faveur d'une thrombose* », la recourante fait valoir qu'en l'absence de thrombose, il n'y avait aucune raison d'envisager ni d'administrer un traitement anticoagulant dont il était probable qu'il avait causé l'hémorragie abdominale de M. _____. Elle estime que les lacunes et/ou contradictions de l'expertise à ce sujet auraient dû lui permettre de poser des questions complémentaires aux experts.

Il est vrai que les expertes ont retenu que le diagnostic de thrombose ne pouvait pas être confirmé après relecture des images radiographiques (P. 50 p. 96). Cependant, cela n'apparaît pas déterminant pour l'examen, en droit, des éléments constitutifs des infractions en cause

dans la mesure où l'analyse à laquelle procède le juge s'agissant de la causalité se fait *ex ante* (cf. consid. 3.2 *infra*) ; en conséquence, pour statuer sur une éventuelle violation du devoir de diligence, il conviendra de se replacer dans la situation concrète au moment où les décisions ont été prises, de sorte que le fait que les expertes ont constaté « après coup » qu'il n'y avait pas de thrombose ne change en rien l'appréciation qui doit être faite. Cela rend un éventuel complément superflu.

A ce propos, les expertes ont relevé que l'indication au traitement anticoagulant thérapeutique avait été posée sur la base d'une possible thrombose de la veine cave inférieure et que la décision d'introduire un traitement anticoagulant à dose thérapeutique sous-entendait donc que le risque hémorragique avait été jugé inférieur au bénéfice du traitement, concluant que la prescription respectait les règles de l'art dans le cas d'une suspicion de thrombose de la veine cave, le dosage et la molécule choisies étant adéquats pour le traitement d'une thrombose (P. 50 p. 98). La recourante n'apporte pas d'élément susceptible de remettre en cause ces considérations d'experts et qui justifierait des mesures d'instruction supplémentaires.

2.4.3 La recourante fait valoir que l'expertise n'a pas non plus abordé le consentement du patient par rapport à la clexane et à la morphine, ainsi que quant au respect de son souhait de retourner à domicile. S'agissant de la morphine, elle invoque des contradictions concernant le monitoring des douleurs et la connexion à la pompe à morphine, ce qui nécessiterait d'après la recourante un complément d'instruction.

En l'occurrence, il n'y a pas d'indice que le traitement par l'anticoagulant litigieux aurait été imposé à M. _____ sans son consentement et sans connaissance de cause de sa part. L'information des risques liés à l'administration de la clexane au patient n'est certes pas établie par une documentation écrite, mais cela n'exclut pas qu'elle ait été donnée oralement, comme l'ont souligné les expertes (P. 50 p. 98). Rien ne permet de retenir, comme elle le prétend en se fondant sur ses propres

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

Les critiques de la recourante en lien avec la pompe à morphine sont, elles aussi, infondées. On rappelle tout d'abord que la capacité de discernement du patient a été traitée dans l'expertise. A ce sujet, les expertes ont retenu que sur la base du dossier médical,

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

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

sollicitée pour organiser les démarches en vue d'un retour à domicile, ce qui nécessitait au préalable que « *l'antalgie [ndr: la douleur] soit stabilisée* » (PV aud. 7, lignes 189-192). Autrement dit, ce témoin corrobore le fait que le patient présentait des douleurs avant l'administration de la morphine par pompe, confirmant *a fortiori* les constats des expertes sur des douleurs non contrôlées. Quoi qu'il en soit, il importe guère de déterminer si cet entretien a eu lieu le 1^{er} février (comme le soutient la recourante) ou le 31 janvier (comme mentionné par V._____ et inscrit dans son rapport consécutif à la visite, date également retenue par les expertes) dès lors que plusieurs éléments établissent que l'introduction de la pompe à morphine résulte d'une volonté du patient, qui avait des douleurs abdominales « *très intenses* », « *non contrôlées* », survenant « *par crise* » et qui demandait à ne « *plus souffrir* » (P. 50 p. 84 ; PV aud. 2, lignes 54-58 et 70-71 ; PV aud. 3, lignes 63-65 ; PV aud. 4, lignes 98-100, 137-142, 147-157 ; PV aud. 5).

En ce qui concernant la volonté de M._____, il faut constater que rien n'indique que les souhaits du patient d'un retour à domicile auraient été bafoués par le personnel soignant. Au contraire, ceux-ci ont été respectés, une infirmière de liaison l'ayant rencontré pour évaluer la faisabilité d'un retour, mais n'ont pas pu aboutir en raison du risque élevé de décès durant le transport. Il est attesté par ailleurs qu'un retour à domicile nécessitait une organisation spécifique dans le contexte d'une situation palliative avancée, impliquant de s'assurer que les douleurs étaient contrôlées (P. 50 p. 103). Or M._____ avait des douleurs importantes non contrôlées. Si, avec la recourante, on doit admettre qu'à l'admission à l'hôpital les douleurs de M._____ étaient moindres, des douleurs importantes ont été par la suite relevées. Sur ce point, il est avéré que les douleurs étaient telles que le patient ne voulait pas être touché parce qu'il avait mal (cf. note n°3200723 [numéro 52 selon P. 4/2] du 3 février 2017 à 03h28 : « *douleur : grimace lors de la mobilisation* »). La recourante méconnaît aussi ses propres déclarations au Procureur, ayant notamment indiqué que « *lorsque son époux était en position assise, il demandait de faire attention car il avait mal à son hématome au niveau du ventre* » ou encore que ce dernier avait « *énormément souffert*

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

De façon générale encore, il est attesté que M. _____ avait déclaré vouloir mourir à domicile, qu'il était conscient de sa situation et du fait qu'il était en fin de vie. Il avait d'ailleurs demandé à l'équipe médicale de faire accepter sa mort à son épouse. La recourante, elle-même, a relaté un épisode avant l'hospitalisation où son époux avait évoqué une assistance au suicide par l'entremise d'EXIT. Ses déclarations selon lesquelles son époux aurait pu encore sortir au cinéma retranscrivent un certain déni de la situation de ce dernier (PV aud. 1 lignes 114-126).

Les faits se rapportant au consentement et à la volonté du patient sont clairs et ne commandent pas d'instruction complémentaire.

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

Dans le prolongement des considérations qui précèdent, auxquelles il est renvoyé, il convient de relever que l'état clinique de M._____ est largement détaillé pour comprendre que son cancer œsophagien avait progressé significativement, que son foie lâchait et que l'hémorragie abdominale l'avait davantage affaibli, entraînant des douleurs très intenses. Les expertes ont considéré que l'administration de la morphine, ainsi que la mise en place d'une pompe à morphine s'inscrivaient dans un contexte de retrait thérapeutique et de soins de confort, lesquels étaient justifiés par la maladie avancée (P. 50 p. 102). Elles ont détaillé les notes de suivi, lesquelles attestaient chez M._____ de douleurs fluctuantes, plutôt fortes et non contrôlées.

D'autres éléments corroborent l'existence de douleurs non maîtrisées. Selon l'infirmière L._____, les douleurs pouvaient fluctuer et arriver par crise, de sorte que M._____ avait finalement accepté la pompe à morphine car ces douleurs étaient devenues insupportables, ayant des cris lorsqu'il était tourné (PV aud. 5, notamment lignes 39-144). Le Dr K._____ a relevé que rien que le passage de la position couchée à assise dans le lit d'hôpital était très douloureux, de même que le toucher très légèrement de son abdomen (PV aud. 4 lignes 148-149). Par conséquent, même si le monitoring des douleurs fait certes défaut pour le 1^{er} février 2017, il n'est à l'évidence pas exclu que des douleurs importantes soient intervenues avant l'introduction de la pompe à morphine.

Enfin, s'agissant de la restriction hydrique qui aurait été appliquée, aucune preuve médicale concrète n'atteste qu'elle a eu lieu, d'après les conclusions des expertes (P. 50 p. 99), et la recourante ne formule aucune critique susceptible de mettre en doute les constatations de l'expertise qui est complète.

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

Cet élément est sans portée dès lors qu'il est établi et non contesté que M. _____ avait refusé le 1^{er} février à 10h00 la pompe à morphine. A supposer que cet ordre aurait été donné - ce qui n'est nullement attesté à la lecture du dossier -, il faudrait de toute manière constater qu'il a été *de facto* mis en échec par le refus du patient, ce qui témoigne également du respect par l'équipe médicale de la volonté de M. _____.

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

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

Les conditions posées par l'art. 189 CO n'étant pas remplies, c'est à raison qu'un complément d'expertise n'a pas été mis en œuvre.

3.

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

3.2

3.2.1 L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne.

La réalisation de cette infraction suppose ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturel et adéquat entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (TF 6B_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

3.2.2 L'art. 125 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé.

Cette infraction suppose également la réalisation de trois conditions : une atteinte à l'intégrité physique, une négligence et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la lésion corporelle. Les interventions médicales réalisent les éléments constitutifs objectifs d'une lésion corporelle en tout cas si elles touchent à une partie du corps (par exemple lors d'une amputation) ou si elles lèsent ou diminuent, de manière non négligeable et au moins temporairement, les aptitudes ou le bien-être physiques du patient. Cela vaut même si ces interventions étaient médicalement indiquées et ont été pratiquées dans les règles de l'art (ATF 124 IV 258 consid. 2).

Toute atteinte à l'intégrité corporelle, même causée par une intervention chirurgicale, est ainsi illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte ne peut en principe venir que du consentement du patient, exprès ou que l'on peut présumer (ATF 124 IV 258 consid. 2). L'exigence de ce consentement découle ainsi du droit à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. Il suppose, d'une part, que le patient ait reçu du médecin, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions

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).

3.2.3 Selon l'art. 12 al. 3 CP, agit par négligence quiconque, par une imprévoyance coupable, commet un crime ou un délit sans se rendre compte des conséquences de son acte ou sans en tenir compte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle.

Pour qu'il y ait négligence, il faut que l'auteur ait d'une part violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et que, d'autre part, il n'ait pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1).

Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu et dû, au vu des circonstances, de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte qu'il mettait en danger des biens juridiquement protégés de la victime et qu'il excédait les limites du risque admissible (ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1, SJ 2011 I p. 86 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les références citées, JdT 2010 IV 43 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des

événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les références citées). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur violation fait présumer la violation du devoir général de prudence (ATF 145 IV 154 consid. 2.1 ; ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1). La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 ; ATF133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 129 IV 119 consid. 2.1 ; TF 6B_934/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.1).

Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin sont fonction des circonstances du cas d'espèce, notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité pénale du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les références citées ; TF 6B_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1).

Pour déterminer l'étendue de la prudence requise, il faut partir du devoir général qu'a le médecin d'exercer l'art de la guérison selon les principes reconnus de la science médicale et de l'humanité, de tout entreprendre pour guérir son patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Le médecin est tenu d'observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens

(ATF 133 III 121 cons. 3.1). Il n'a pas à répondre des dangers ou des risques qui sont inhérents à tout acte médical et à toute maladie. La notion de manquement à ses devoirs ne doit pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement *a posteriori*, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. Le médecin viole en revanche ses devoirs lorsqu'il pose un diagnostic, choisit une thérapie ou définit une approche thérapeutique qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; TF 6B_1287/2018 précité consid. 1.1). En ce qui concerne plus particulièrement le diagnostic, le médecin n'est pas tenu d'en garantir l'exactitude. Il faut dès lors faire la distinction entre une véritable faute de diagnostic et un simple diagnostic erroné. Pour constater et apprécier une atteinte à la santé, le médecin doit procéder dans chaque cas de manière adéquate et utiliser les moyens et les sources d'information nécessaires. Il doit clarifier les symptômes ambigus en utilisant les moyens à sa disposition. Le médecin fait preuve de négligence lorsque sa façon de faire n'est pas conforme aux règles établies et généralement reconnues par la science médicale et qu'elle ne correspond pas à l'état actuel des connaissances scientifiques (ATF 130 IV 7 consid. 3.3, JdT 2004 I 497).

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

Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions *sine qua non*, c'est-à-dire si, sans lui, le résultat ne se serait pas produit ou du moins pas de la même manière ; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 139 V 176 consid. 8.4.1 et la référence citée).

Le rapport de causalité est qualifié d'adéquat lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 138 IV 57 consid. 4.1.3 p. 61 et l'arrêt cité). La causalité adéquate sera admise même si le comportement de l'auteur n'est pas la cause directe ou unique du résultat. Peu importe que le résultat soit dû à d'autres causes, notamment à l'état de la victime, à son comportement ou à celui de tiers (ATF 131 IV 145 consid. 5.2 p. 148). La causalité adéquate peut toutefois être exclue si une autre cause concomitante, par exemple une force naturelle, le comportement de la victime ou d'un tiers, constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait s'y attendre. L'imprévisibilité d'un acte concurrent ne suffit pas en soi à interrompre le rapport de causalité adéquate. Il faut encore que cet acte ait une importance telle qu'il s'impose comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener et notamment le comportement de l'auteur (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.2 p. 265 s. et les arrêts cités).

En outre, pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin qu'il a outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge mais il faut se placer au moment où le médecin a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3). Il y a lieu de distinguer le comportement idéalement attendu (*ex post*), de celui nécessaire et possible à chaque étape de la prise en charge du patient (au moment des décisions prises, respectivement omises). C'est également au stade de l'examen de la causalité adéquate qu'il faut se placer *ex ante* pour décider si un acte était propre à produire ou à favoriser un résultat

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

3.3 De l'homicide par négligence

3.3.1 Le Ministère public considère que les faits ne seraient clairement pas punissables et l'infraction d'homicide par négligence non réalisée faute de lien de causalité.

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

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

d'une évolution oncologique défavorable. En d'autres termes, le patient était à un stade critique et en fin de vie. Son décès ainsi que des complications étaient imminents. Le 30 janvier 2017, l'état de santé de M. _____ s'était encore dégradé, en ce sens qu'il présentait un hémopéritoine péri-hépatique avec un saignement au sein d'une métastase hépatique. Il avait aussi fait un choc hémorragique. Ces affections occasionnaient des douleurs très intenses, non soulagées par la médication habituelle. C'est pourquoi, il avait reçu un traitement de morphine, par voie orale, puis sous-cutanée et enfin par injection.

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

3.3.3 Compte tenu de ces constats, il se pose donc la question de savoir si la violation des règles de l'art relevée est la condition sans laquelle le décès ne se serait pas produit.

A cet égard, il convient de retenir en premier lieu qu'il y a, selon les expertes, plusieurs causes possibles au décès de M._____, concluant toutefois que « *la plus vraisemblable* » était « *multifactorielle* ». En effet, l'époux de la recourante souffrait d'un cancer œsophagien multi-métastatique qui le rendait plus vulnérable aux complications et qui limitait les traitements thérapeutiques. Selon les expertes, dans la mesure où les complications thromboemboliques ou hémorragiques sont fréquentes dans ce genre de maladie oncologique avancée, M._____ présentait une situation médicale précaire, engendrant un pronostic de survie à court terme, cela avant même son hospitalisation et avant la survenance de la complication hémorragique (P. 50 p. 102).

Ensuite, tant les médecins que les expertes ont considéré que le décès de M._____ s'inscrivait très vraisemblablement dans le contexte oncologique avancé. S'agissant de la morphine dans le cadre de soins de confort, il est unanimement reconnu au plan médical qu'elle peut occasionner, comme effet secondaire non recherché, une dépression respiratoire. Cela étant, tous les professionnels s'étant occupés de M._____ se sont accordés à dire que le dosage et l'administration de morphine n'est pas la cause « *la plus probable* » du décès, mais qu'elle est au contraire « *la moins probable* ». Ainsi, la Dre W._____ a indiqué que la dose de morphine en tant que telle n'était pas de nature à entraîner le décès (PV aud. 2 lignes 101-104). Selon le Dr I._____, ce n'était que si l'on prenait de la morphine à fortes doses qu'elle pourrait amener à un arrêt respiratoire (PV aud. 3 lignes 50-52). Le Dr K._____ a lui aussi expliqué que la seule situation où la morphine pourrait causer la mort était de la donner à très haute dose, ce qui provoquait une inhibition de la zone cérébrale qui règle la respiration, mais que cela n'avait pas été le cas du patient (PV aud. 4 lignes 166-173). Quant aux expertes, elles ont déclaré en particulier qu'elles ne pouvaient pas affirmer si les concentrations de morphine avaient atteint un taux potentiellement mortel (P. 50 p. 104).

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

3.3.4 Par surabondance, il convient encore de constater que les médecins ont souligné l'importance de la dignité du patient et estimé, s'agissant de l'administration de la morphine dans le cadre d'un retrait thérapeutique, que « *ce ne serait pas éthique de ne pas la donner chez un patient en souffrance* » (PV aud. 2 ligne 133) et qu'elle visait à soulager les souffrances (cf. PV aud. 3, 4 et 5). Or la situation de M. _____ était l'une de celles où les médecins ne pouvaient rien faire du point de vue thérapeutique pour le soigner, vu que ce patient était en fin de vie, de sorte que la seule chose qui pouvait lui être proposée était des soins de confort impliquant de la morphine.

L'instruction a donc permis d'établir que l'époux de la recourante, qui souffrait d'un cancer en phase terminale et présentait un pronostic vital défavorable, n'aurait de toute manière pas survécu si la violation des règles de l'art concernant le non-respect des paliers dans le dosage de la morphine n'avait pas été commise.

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

3.4 Des lésions corporelles par négligence

3.4.1 Le Ministère public considère que les faits ne seraient clairement pas punissables et l'infraction de lésions corporelles par négligence non réalisée en raison de l'absence de négligence et de lien de causalité.

La recourante fait valoir que l'administration de la clexane a constitué une lésion corporelle illicite. Elle réfute que son époux aurait consenti à ce traitement. Elle invoque en outre la violation des règles de l'art dans le cadre de l'administration de cet anticoagulant à dose thérapeutique, estimant que dans la mesure où la suspicion radiologique de thrombose n'était pas avérée, il n'y avait aucune raison d'envisager et administrer ce traitement, lequel a aggravé sa situation.

3.4.2 En l'espèce, c'est à la suite de l'admission de M. _____ aux urgences et au constat d'une possible thrombose le 27 janvier 2017 que le traitement anticoagulant a été préconisé. A ce sujet, il y avait eu une concertation commune entre les médecins de l'hôpital de F. _____ et ceux des C. _____. Sur la base de la suspicion de thrombose de la veine cave inférieure et après une pesée des risques-bénéfice, les médecins avaient administré de la clexane à M. _____, qui avait fait par la suite un choc hémorragique.

Conformément aux principes rappelés ci-avant, un acte médical - même s'il est indiqué - ayant entraîné une diminution des aptitudes ou du bien-être du patient constitue une lésion corporelle illicite, à moins qu'il repose sur le consentement de la victime. En l'occurrence, pour les motifs exposés ci-avant (cf. consid. 2.4 *supra*), il est établi que M. _____ a consenti au traitement litigieux. Non seulement les expertes ont retenu que les informations utiles avaient pu lui être données par oral, mais que celui-ci avait aussi sa capacité de discernement au moment où le traitement avait été abordé. Ces éléments excluent par conséquent l'illicéité des lésions corporelles dénoncées en lien avec la clexane.

A toutes fins utiles et par surabondance, il est précisé que ce raisonnement s'applique *mutatis mutandis* au grief de la recourante

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

3.4.3 Par ailleurs, la condition de la faute, respectivement la négligence, fait également défaut. Aucune violation des règles de l'art n'a été relevée dans l'expertise s'agissant de l'administration de la clexane et la recourante ne soutient pas de manière convaincante que tel ne serait pas le cas. Appelée à se prononcer à ce propos, les expertes ont au contraire expressément retenu que la prescription de cet anticoagulant respectait les règles de l'art, compte tenu d'une possible thrombose.

Quoi qu'il en soit, pour statuer sur une éventuelle violation du devoir de diligence, il convient de se replacer dans la situation concrète au moment où les décisions ont été prises. Le Dr D._____ a expliqué en particulier que l'administration de la clexane, malgré l'antécédent hémorragique, constituait une prescription thérapeutique indiquée sur la base d'éléments de suspicion d'une thrombose de la veine cave inférieure, rappelant à cet égard que la thrombose de la veine cave inférieure représentait un risque important potentiellement mortel. Il a encore ajouté que la pesée des intérêts du risque hémorragique était difficile, mais que s'il avait été proposé d'augmenter les doses de cet anticoagulant, c'était qu'il avait été retenu que le risque thrombotique était plus élevé. Il n'est

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

3.4.4 Vu l'absence de lésion illicite et de négligence, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité.

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

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

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

C'est donc à juste titre que le Procureur a rendu l'ordonnance de classement attaquée.

4. Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance entreprise confirmée.

Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt (art. 422 al. 1 CPP), par 5'390 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP).

La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance du 14 décembre 2021 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 5'390 fr. (cinq mille trois cent nonante francs), sont mis à la charge de la recourante J._____.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marc Hochmann Favre, avocat (pour J._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

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

La greffière :