

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Séance du 27 octobre 2011

Présidence de M. KRIEGER, président
Juges : Mme Epard et M. Meylan
Greffier : M. Addor

Art. 117 CP; art. 319 al. 1 let. a, 320, 393 al. 1 let. a CPP

La Chambre des recours pénale prend séance à huis clos pour statuer sur le recours interjeté par **B.H.**_____ contre l'ordonnance de classement rendue le 26 septembre 2011 par le Procureur de l'arrondissement de Lausanne (**PE04.046734-ARS**).

Elle considère :

E n f a i t :

A. A.H._____, née le 11 janvier 1986, a été adressée au service des urgences de l'Hôpital R._____ par son médecin traitant, le Docteur Z._____, dans la soirée du 11 octobre 2004, en raison de troubles de l'orientation temporo-spatiale et d'hallucinations. Son état a justifié une

admission d'office en milieu psychiatrique à l'Hôpital B._____, le diagnostic de troubles psychotiques avec éléments catatoniques ayant été posé. La médication de Risperdal ordonnée par le Docteur Z._____ a été abandonnée, et remplacée par un traitement anxiolytique (Temesta). Le 13 octobre 2004, A.H._____ a été transférée à l'Hôpital R._____ pour un bilan somatique. Les résultats n'étant pas inquiétants, elle a été reconduite à l'Hôpital B._____ le lendemain. Le 19 octobre 2004, l'aggravation des symptômes psychiatriques et somatiques a déterminé son transfert au service des urgences de l'Hôpital R._____ pour des investigations complémentaires. Le 22 octobre 2004, après deux jours à l'Hôpital B._____, elle a été transférée au service de médecine interne de l'Hôpital R._____ en raison d'une détérioration de son état général. Le 29 octobre 2004, la patiente a été transférée dans la division "soins continus" du service de neurologie de l'Hôpital R._____.

Le rapport d'admission mentionne comme diagnostic principal celui de « méningo-encéphalite virale d'origine indéterminée avec manifestations psychiatriques catatoniques et atteinte cognitive sévère », selon la lettre du Professeur Q._____ et des Docteurs G._____ et T._____ au Docteur Z._____ du 6 décembre 2004 (cf. P. 26/I signet bleu n° 2; voir aussi pour l'historique la lettre du Professeur D._____ et du Docteur G._____ au Docteur Z._____ du 22 novembre 2004 - P. 26/II signet bleu n° 1). Les auteurs de la lettre du 6 décembre 2004 évoquaient un syndrome malin des neuroleptiques, mais le jugeaient peu probable. D'autres pièces (notes journalières, rapport d'examen, feuille d'admission, demande d'examen) mentionnent également cette affection (P. 26/I, signets bleus n° 5, 7, 8 et 10).

Le 12 novembre 2004, la patiente a été déplacée des soins continus de neurologie dans une chambre simple. Le 15 novembre 2004 a été introduit le neuroleptique Leponex, administré les 15 et 16 novembre 2004, puis, après interruption, dès le 23 novembre 2004 en doses progressives. Parallèlement à l'augmentation des doses de Leponex, l'administration des benzodiazépines (Temesta) a été réduite (cf. notes journalières du Docteur T._____, P. 26/I signets bleus n° 3 et 4). Une

évolution favorable a été constatée qui a amené les médecins à envisager le transfert de la patiente en Unité de réhabilitation neurologique pour la semaine du 6 au 10 décembre 2004 (cf. P. 26/l signet bleu n° 6 - rapport du 8 décembre 2004).

Le 6 décembre 2004, à 0 h 10, A.H._____ a été découverte en arrêt cardio-respiratoire la tête sur l'oreiller. Une réanimation a été pratiquée. Le même jour, à 17 h 17, A.H._____ est décédée d'une encéphalopathie post-anoxique sévère consécutive à l'arrêt cardio-respiratoire (P. 26/l signet bleu n° 11).

B. Une enquête a été ouverte le 7 décembre 2004 contre K._____, Q._____, X._____, G._____, T._____ et D._____ pour homicide par négligence. Tous ces médecins, à des degrés divers, sont intervenus dans la prise en charge de A.H._____ à l'Hôpital R._____.

Une autopsie a été pratiquée par le Professeur L._____ et le Docteur J._____. Selon leurs conclusions, le décès de A.H._____ est la conséquence d'une encéphalopathie anoxique diffuse consécutive à un arrêt cardiaque, probablement dû à une myocardite aiguë sévère. Il n'y a pas d'élément parlant en faveur d'une autre éventualité ni pour l'intervention d'une tierce personne (P. 10, p. 2).

Une première expertise a été confiée au Professeur S._____, assisté des Professeurs W._____ et N._____ et des Docteurs P._____ et J._____. Ils concluent, dans leur rapport du 29 janvier 2007, que le décès de la patiente est clairement imputable à un effet indésirable médicamenteux imprévisible, sans aucun lien ni avec l'encéphalite virale, au demeurant contingente, ni avec le syndrome malin des neuroleptiques, ni avec l'affection psychotique à l'origine des premiers troubles psychiatriques. Par ailleurs, il n'était pas possible, sur la base de l'autopsie, d'établir un lien de causalité entre le décès et la prescription de Temesta associée au Leponex (P. 42, p. 17, R. 5).

Ce collège d'experts a déposé le 5 octobre 2007 un rapport complémentaire (P. 60). Selon eux, l'absence de monitoring cardiaque de A.H._____ ne constituait pas une violation des règles de l'art. Ce moyen de surveillance, s'il pouvait améliorer les chances de survie, n'aurait pas nécessairement permis d'éviter l'issue fatale. En outre, il n'était pas possible de connaître l'influence de l'association du Leponex avec une benzodiazépine sur l'état de santé de la patiente. Cette association de médicaments ne constituait pas non plus un manquement aux règles de l'art.

Un nouvel expert a été commis en la personne du Professeur C._____, qui a déposé son rapport le 18 août 2008 (P. 102/1; pour la traduction, P. 102/2). D'après ce spécialiste, le fait de ne pas avoir reconnu le syndrome malin des neuroleptiques dans le cas présent est une erreur de diagnostic grave (P. 102/2, p. 28). La prescription simultanée de Leponex et de Temesta constituait une violation des règles de l'art. Des mesures de précaution particulières auraient dû être prises lors de la réintroduction du neuroleptique, comme une surveillance par monitoring. Cette mesure aurait probablement permis de reconnaître plus tôt des troubles du risque cardiaque et, partant, d'éviter le décès de A.H._____. Il n'était toutefois pas possible de quantifier le degré de probabilité des chances de survie.

Compte tenu des conclusions divergentes des experts, une troisième expertise a été mise en œuvre le 30 août 2010. Elle a été confiée au Professeur F._____. Il avait pour mission de déterminer si une erreur consistant à ne pas avoir diagnostiqué, en tout cas à titre principal, un syndrome malin des neuroleptiques, constituait une violation des règles de l'art; si, malgré la présence de ce syndrome, les modalités d'administration du Leponex dans le cas présent constituaient une violation des règles de l'art; si la violation des règles de l'art, à supposer qu'elle soit retenue, était en rapport de causalité avec le décès de A.H._____.

L'expert F._____ a livré ses conclusions dans un rapport du 7 mars 2011 (P. 185), conclusions qui seront discutées plus loin.

Il a été entendu le 5 juillet 2011 par le procureur en présence du conseil des prévenus et de celui de la partie civile B.H._____, mère de la victime (PV aud. 10).

C. Par ordonnance du 26 septembre 2011, le procureur a ordonné le classement de la procédure pénale dirigée contre K._____, Q._____, X._____, G._____, T._____ et D._____ pour homicide par négligence (I); levé le séquestre portant sur le dossier médical complet de A.H._____ inventorié sous fiche n° 37532 et ordonné sa restitution à l'Hôpital B._____ à l'expiration d'un délai de vingt jours dès la présente ordonnance définitive et exécutoire (II); ordonné le maintien au dossier de la cause du dossier Archimède inventorié sous fiche n° 40956 (recte : 40856) à titre de pièce à conviction (III); et laissé les frais de la procédure à la charge de l'Etat (IV).

Il a considéré que, malgré les interrogations qui pouvaient subsister, les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence, vu les résultats de l'enquête, n'étaient pas réalisés.

D. Par acte du 17 octobre 2011, B.H._____ a interjeté recours contre cette ordonnance. Elle conclut à la mise en accusation de D._____ et de G._____ du chef d'homicide par négligence.

E n d r o i t :

1. Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le ministère public en application des art. 319 ss CPP dans les dix jours devant l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP), qui est dans le canton de Vaud la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCPP [loi vaudoise

d'introduction du Code de procédure pénale suisse; RSV 312.01]; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01].

Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante qui a la qualité pour recourir (cf. art. 386 al. 1 CPP), le recours est recevable.

2. a) Selon l'art. 319 al. 1 let. a 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, à savoir lorsque les soupçons initiaux qui ont conduit le ministère public à ouvrir une instruction (cf. art. 309 al. 1 let. a CPP) n'ont pas été confirmés (Grädel/Heiniger, *in* Niggli/Heer/Wiprächtiger (éd.), *Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, Jugendstrafprozessordnung*, Bâle 2011, n. 8 ad art. 319 CPP, p. 2208). Toutefois, le ministère public doit faire preuve de retenue sur ce point : ainsi, s'il y a contradiction entre les preuves, il n'appartient pas au ministère public de procéder à leur appréciation. En outre, le principe "in dubio pro reo" énoncé à l'art. 10 al. 3 CPP – selon lequel lorsque subsistent des doutes insurmontables quant aux éléments factuels justifiant une condamnation, le tribunal se fonde sur l'état de fait le plus favorable au prévenu – ne s'applique pas lors de la décision de classement (Message du Conseil fédéral, FF 2006, p. 1057 ss, spéc. 1255 s.; Grädel/Heiniger, *op. cit.*, n. 8 ad art. 319 CPP, p. 2208; Roth, *in* Kuhn/Jeanneret (éd.), *Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 5 ad art. 319 CPP, pp. 1456 s.). C'est au contraire le principe "in dubio pro duriore" qui s'applique en pareil cas, de sorte que le ministère public doit engager l'accusation devant le tribunal compétent (cf. art. 324 al. 1 CPP), sauf dans les cas qui, devant ce tribunal, déboucheraient à coup sûr ou du moins très probablement sur un acquittement ou sur une clôture produisant des effets similaires (Message précité, p. 1255; Grädel/Heiniger, *op. cit.*, n. 8 ad art. 319 CPP, p. 2208).

L'art. 319 al. 1 let. b CPP prévoit également le classement de la procédure lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis.

b) La recourante soutient que les soupçons qui pèsent sur G._____ et D._____ justifient leur mise en accusation (cf. art. 324 al. 1 CPP), du chef d'homicide par négligence.

aa) Se rend coupable d'homicide par négligence celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne (art. 117 CP).

La négligence, au sens de l'art. 12 al. 3 CP, suppose, d'une part, que l'auteur ait violé un devoir de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et, d'autre part, qu'il n'ait pas prêté l'attention ou fait les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à ce devoir (ATF 133 IV 158 c. 5.1; ATF 129 IV 119 c. 2.1). Pour déterminer les devoirs imposés par la prudence, on peut se référer à des normes édictées par l'ordre juridique pour assurer la sécurité et éviter les accidents. A défaut de dispositions légales ou réglementaires, on peut se référer à des règles analogues qui émanent d'associations privées ou semi-publiques lorsqu'elles sont généralement reconnues. La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 133 IV 158 c. 5.1). Il y a violation d'un devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 133 IV 158 c. 5.1).

La violation d'un devoir de prudence doit être imputable à faute : il faut que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, d'avoir fait preuve d'un manque d'effort blâmable (ATF 133 IV 158 c. 5.1).

bb) L'art. 117 CP suppose, outre une violation d'un devoir de prudence qui puisse être imputée à faute (ATF 133 IV 158 c. 5.1; ATF 129 IV 119 c. 2.1), que cette violation se soit trouvée en rapport de causalité naturelle et adéquate avec le résultat de l'infraction, soit la mort d'une personne. 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 (ATF 133 IV 158 c. 6.1; Corboz, Les infractions en droit suisse, vol. I, 3^{ème} éd., Berne 2010, n. 34 ad art. 117 CP). Il n'est toutefois pas nécessaire que ce comportement soit la cause unique ou immédiate du résultat (ATF 116 IV 306 c. 2a). Lorsque la causalité naturelle est établie, il faut encore rechercher si le comportement incriminé est la cause adéquate du résultat. Tel est le cas lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 133 IV 158 c. 6.1). Pour établir la causalité naturelle, il faut rechercher, par un raisonnement hypothétique, si un comportement humain est la cause du résultat préjudiciable : si l'action de l'auteur est supprimée *in abstracto*, le résultat disparaît-il également (Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie générale, Genève 2008, n. 496) ? En formant l'hypothèse que le manquement de l'auteur ne se serait pas produit, il faut se demander si le résultat serait néanmoins survenu. La jurisprudence fédérale exige à cet égard une vraisemblance confinante à la certitude ou, du moins, une haute vraisemblance (ATF 116 IV 306 c. 2a). Cela revient ainsi à déterminer si la mort de la victime se serait tout de même produite si l'auteur s'était comporté autrement (Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie spéciale, Genève 2009, n. 289). Si tel est le cas et que le résultat peut procéder d'autres causes, le rapport de causalité n'est pas établi, même si l'acte de l'auteur aurait entraîné le même résultat en l'absence de ces autres causes (Corboz, op. cit., n. 37 ad art. 117 CP), et l'infraction d'homicide par négligence n'est pas réalisée.

3. Il faut se demander s'il y a eu violation des règles de l'art lors de la prise en charge de A.H. _____ à l'Hôpital R. _____.

a) Se pose d'abord la question d'une éventuelle erreur de diagnostic.

Il ressort de l'expertise S. _____ que le syndrome malin des neuroleptiques dont souffrait A.H. _____ n'a pas été suffisamment pris en compte dès le début. Si tel avait été le cas, selon les experts, la patiente

n'aurait vraisemblablement pas été réadressée par deux fois à l'Hôpital B._____ par les urgences de l'Hôpital R._____, et la prescription d'Abilify, qui a probablement joué un rôle aggravant, aurait été mieux évaluée. Le collège d'experts a toutefois jugé adéquate la prise en charge thérapeutique sur les plans psychiatrique et somatique par les médecins de l'Hôpital B._____ (P. 42, p. 15). Il a considéré qu'au vu des difficultés du cas, il n'y avait aucun argument permettant de suspecter une erreur de diagnostic, une négligence ou un manquement dans l'évaluation du cas ou dans la communication entre les services engagés (P. 42, p. 16).

Pour l'expert C._____, au contraire, le fait de ne pas avoir reconnu le syndrome malin des neuroleptiques était une erreur de diagnostic grave, imputable à la clinique de neurologie de l'Hôpital R._____ (P. 102/2, p. 28). Il a également indiqué que le diagnostic d'encéphalite d'origine virale, compte tenu des éléments dont disposaient les médecins, était faux (P. 102/2, p. 24).

Enfin, d'après l'expert F._____, le syndrome malin des neuroleptiques, comme diagnostic principal, ne permet pas d'expliquer complètement la symptomatologie de la patiente au début du traitement par Leponex. Le fait que le diagnostic de cette affection n'ait pas été posé à titre principal ne constitue pas une faute médicale ni une "négligence aux obligations de soins des médecins traitants". L'expert a précisé que cette affection avait été retenue dans le diagnostic différentiel (P. 185, p. 14).

b) La prescription de Leponex n'a en soi pas été critiquée (P. 42, p. 16; P. 102/2, p. 26; P. 185, p. 10). L'opinion des experts divergent toutefois sur le point de savoir si l'association de ce neuroleptique à une benzodiazépine (Temesta) était indiquée dans le cas particulier.

Selon le collège d'experts dirigé par le Professeur S._____, le traitement par Leponex était justifié. Il a toutefois regretté que n'ait pas été prise la précaution d'usage qui consiste à interrompre tout traitement par benzodiazépine parallèlement à l'instauration du Leponex (P. 42, p.

17). Dans son rapport complémentaire, il a précisé que l'association de ce neuroleptique avec une benzodiazépine, quoique déconseillée, ne constituait cependant pas une contre-indication absolue (P. 60, p. 2).

Du point de vue de l'expert C._____, la prescription simultanée du Temesta et, dès le 15 novembre 2004, du Leponex, constitue une violation des règles de l'art, car la patiente avait déjà présenté des symptômes inhabituels lors de précédents traitements par neuroleptiques (P. 102/2, p. 29). L'expert F._____ ne partage pas cette opinion. Il a relevé que les neurologues en charge de la patiente pouvaient juger indiqué d'effectuer "une titration lente de l'instauration de Leponex avec simultanément une diminution progressive de Temesta" (P. 185, p. 10). Le traitement médicamenteux prescrit ne constitue pas une violation des règles de l'art, l'expert soulignant que la combinaison du Leponex avec une benzodiazépine "ne pouvaient (sic) être évitée" (P. 185, p. 13).

c) Les experts s'accordent pour dire qu'une surveillance accrue de la patiente est recommandée en cas d'administration conjointe de Leponex avec une benzodiazépine, comme le lorazépam, principe actif du Temesta.

Pour le collège d'experts dirigé par le Professeur S._____, cette mesure de précaution aurait dû consister en la mise en place d'une surveillance par monitoring de l'état neurologique, hématologique et cardiovasculaire de la patiente (P. 42, p. 14). Le collège d'experts a précisé dans son rapport complémentaire que l'absence de ce mode de surveillance, quoique regrettable, ne constituait pas une violation des règles de l'art (P. 60, p. 1). L'expert C._____ partage les conclusions de l'expertise S._____ quant à l'opportunité d'une surveillance accrue de la patiente (P. 102/2, p. 27). Mais il voit dans cette omission une violation des règles de l'art. (P. 102/2, p. 30).

Lors de son audition comme témoin, l'expert F._____ a déclaré qu'il n'aurait quant à lui pas soumis A.H._____ à un monitoring permanent du rythme cardiaque. Au titre de mesures de précaution, il a

indiqué que des passages plus fréquents du personnel soignant dans la chambre auraient suffi; les éléments du dossier ne permettaient toutefois pas de les quantifier en l'espèce (PV aud. 10, p. 6).

d) En résumé, à l'exception du Professeur C._____, les experts ont considéré qu'il n'y avait aucun manquements aux règles de l'art dans la prise en charge de la patiente par l'équipe médicale de l'Hôpital R._____, que ce soit au stade du diagnostic, dans le traitement médicamenteux appliqué ou dans l'absence de mesure de surveillance particulière. Le Professeur F._____, désigné notamment en raison des points de vue divergents des experts précédents, a confirmé pour l'essentiel les conclusions de l'expert S._____ et de ses collaborateurs à cet égard.

e) Même en admettant, en suivant l'opinion de l'expert C._____, que les médecins auraient manqué à leur devoir de prudence, encore reste-t-il à déterminer si une éventuelle violation des règles de l'art médical est en rapport de causalité avec le décès de A.H._____.

Selon le collège d'experts dirigé par le Professeur S._____, l'absence de monitoring cardiaque de A.H._____, s'il pouvait améliorer les chances de survie, n'aurait pas nécessairement permis d'éviter l'issue fatale. Le succès d'une réanimation, même pratiquée avec diligence après un arrêt cardiaque, n'était pas assuré (P. 60, p. 2).

L'expert C._____ considère que le monitoring aurait signalé immédiatement des troubles du rythme cardiaque, qu'il était possible voire probable que la patiente serait décédée malgré la découverte de troubles du rythme cardiaque, que la défaillance se serait produite malgré l'intervention des médecins et que la patiente serait décédée ou aurait souffert d'une lésion ischémique cérébrale entraînant des conséquences permanentes. Il n'était pas possible de déterminer le degré de probabilité de ces différentes issues. (P. 102/2, p. 27-28).

Aux dires de l'expert F._____, le décès de la patiente est la conséquence d'une myocardite à éosinophiles, un effet indésirable très rare (degré d'incidence compris entre 0,029 % et 0,187 %, P. 185, p. 11) et imprévisible du Leponex. Cette affection à médiation immunitaire, allergique, survient indépendamment de la dose administrée et de la durée d'administration. La myocardite serait ainsi survenue de toute façon en cas d'administration de courte durée et à dose plus faible (P. 185, p. 14). Lors de son audition, l'expert a exclu l'association benzodiazépine-clozapine comme cause du décès. Confirmant l'avis exprimé dans son rapport, il a précisé que l'issue fatale se serait produite, quelle qu'ait été la dose de Leponex administrée (PV aud. 10, p. 4, lignes 184-185).

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas possible de conclure, avec un degré de vraisemblance suffisamment élevé, que si les fonctions vitales, en particulier cardiaque, de la patiente avaient été l'objet d'un monitoring continu, elle aurait pu survivre.

Au surplus, il ressort de l'expertise S._____ que le décès de A.H._____, imputable à un effet indésirable et non prévisible d'un médicament, est sans aucun lien avec l'encéphalite virale, ni avec le syndrome malin des neuroleptiques, ni avec l'affection psychotique à l'origine des premiers troubles psychiatriques. En outre, il n'était pas possible d'établir un lien de causalité entre le décès et la prescription de Temesta associée au Leponex (P. 42, p. 17). Ainsi donc, une éventuelle violation des règles de l'art qui serait constituée, comme l'affirme l'expert C._____, par un faux diagnostic ou par l'administration concomitante des médicaments précités, ne serait de toute façon pas en relation de causalité avec le décès.

Les éléments constitutifs de l'homicide par négligence n'étant pas réalisés, la mise en accusation de ce chef de D._____ et G._____ ne se justifie pas.

4. La recourante se plaint d'arbitraire dans l'établissement des faits. Elle reproche au procureur de ne pas avoir tenu compte des pièces

qu'elle avait produites, et qui seraient en contradiction avec les conclusions des experts.

Certes, il résulte de la prise de position du Professeur M. _____ du 16 mai 2007, sollicitée par un confrère, que l'absence d'une surveillance électrocardiographique en continu n'est pas conforme aux règles de bonne pratique clinique (P. 66/2). Quant au Compendium suisse des médicaments, il indique qu'une surveillance accrue rigoureuse du rythme cardiaque s'impose, en particulier en cas d'administration concomitante de Temesta et de Leponex (P. 66/2). Le Docteur V. _____ a pour sa part affirmé que la prise de pouls ne suffisait pas pour déceler une myocardite, recommandant ainsi implicitement une surveillance électrocardiographique du rythme cardiaque (P. 219/2).

Dans la mesure où les avis de ces spécialistes et le Compendium recommandent un monitoring du rythme cardiaque en cas d'administration de Leponex avec une benzodiazépine, ils n'amènent rien de fondamentalement nouveau par rapport aux conclusions des experts. On a vu en effet que ceux-ci jugent souhaitable, sinon absolument indispensable, une surveillance accrue de la patiente en cas d'association du Leponex avec du Temesta. Au reste, la valeur probante de l'avis exprimé par le Docteur V. _____ doit être relativisée, puisque cet avis a été demandé par le conseil de la recourante, qu'il est fort peu motivé et qu'on ignore dans quelle mesure ce cardiologue a eu connaissance des pièces du dossier.

Les éléments qui précèdent ne permettent pas non plus de remettre en cause les conclusions des experts selon lesquelles il n'est pas certain ni hautement vraisemblable qu'une surveillance accrue de la patiente, notamment par monitoring du rythme cardiaque, aurait empêché l'issue fatale.

On ne peut pas non plus déduire un lien de causalité des déclarations faites au conditionnel par l'expert F. _____ lorsqu'il a été entendu par le procureur. Il a en effet indiqué à cette occasion que

A.H._____ aurait pu survivre si la myocardite avait été décelée plus tôt, mais que cela n'était pas sûr (PV aud. 10, p. 6, lignes 276-278).

Dans le but d'établir un lien de causalité, la recourante cite le passage de l'expertise C._____ disant que la mort de A.H._____ aurait pu être évitée. Elle omet toutefois de préciser que selon cet expert, la "mort de A.H._____ aurait pu être évitée, avec un taux de probabilité non quantifiable" (P. 102/2, p. 29). Cette absence de vraisemblance élevée de la survie de la patiente exclut qu'un rapport de causalité entre l'omission d'un monitoring cardiaque, ou toute autre mesure de précaution, et le décès puisse être retenu.

Enfin, la recourante soutient que le taux de survie en cas de myocardite causée par le Leponex est proche de 90 %. Elle invoque à l'appui de ce dire un article de littérature médicale, cité par Novartis (cf. P. 218/3). L'article lui-même ne figure toutefois pas au dossier, du moins sous la référence citée par la recourante. Quoi qu'il en soit, cette étude présente un caractère général; elle ne se prononce pas sur le cas particulier de A.H._____. On ne saurait donc en déduire que la patiente, si elle avait bénéficié d'une surveillance accrue, aurait, avec une quasi certitude, survécu à la myocardite qui l'a frappée.

5. Il résulte de ce qui précède que la mise en accusation de G._____ et D._____ déboucherait, avec une grande probabilité, sinon à coup sûr, sur un acquittement. Le principe in dubio pro duriora n'a donc pas été violé en l'espèce.

6. En définitive, le recours doit être rejeté et l'ordonnance confirmée. Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt, par 1'430 fr. (art. 20 TFJP ; RSV 312.03.1), sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP).

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale,
statuant à huis clos :

- I.** Rejette le recours.
- II.** Confirme l'ordonnance.
- III.** Dit que les frais de la procédure de recours, par 1'430 fr. (mille quatre cent trente francs), sont mis à la charge de B.H._____.
- IV.** Déclare le présent arrêt exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. Antoine Eigenmann, avocat (pour B.H._____),
- M. Daniel Pache, avocat (pour K._____, Q._____, X._____, G._____, T._____ et D._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur de l'arrondissement de Lausanne,
- Service de la Santé publique, à l'att. du Dr Eric Masserey (réf. 17925 GZ/mhd),

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), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :