REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

P/12698/2016 **ACPR/565/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du mardi 24 août 2021

Entre

A_____, domiciliée _____, comparant par M^e^ Mike HORNUNG, avocat, place du Bourg-de-Four 9, 1204 Genève,

recourante,

contre l'ordonnance de classement rendue le 3 mars 2021 et l'ordonnance de refus de réouverture et reprise de la procédure rendue le 9 mars 2021 par le Ministère public,

et

B_____, comparant par M^e^ C_____, avocat,

D_____, _____, comparant en personne,

LE MINISTÈRE PUBLIC de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B, 1213 Petit-Lancy, case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimés.

EN FAIT :

A. **a.** Par acte expédié au greffe de la Chambre de céans le 18 mars 2021, A_____ recourt contre l'ordonnance du 3 mars 2021, notifiée le 8 suivant, par laquelle le Ministère public a classé la procédure ouverte à la suite du décès de sa fille E_____ à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Dans le même acte, elle recourt également contre l'ordonnance du 9 mars 2021, notifiée le 11 suivant, par laquelle le Ministère public a rejeté les actes d'instruction qu'elle sollicitait et refusé d'ordonner la réouverture et la reprise de la procédure.

La recourante conclut, sous suite de frais et dépens non chiffrés, à l'annulation de ces ordonnances et au renvoi de la cause au Ministère public pour poursuite de l'instruction – incluant sa propre audition – puis renvoi en jugement devant le Tribunal compétent.

b. La recourante a versé en temps utile les sûretés en CHF 1'500.- qui lui étaient réclamées par la Direction de la procédure.

B. Les faits pertinents suivants ressortent du dossier :

a. Le 7 juillet 2016, A_____ a déposé plainte pénale contre les HUG ainsi que contre la Dresse B_____, médecin interne, pour homicide par négligence et mise en danger de la vie d'autrui.

Sa grossesse était considérée à risque depuis la 30ème semaine d'aménorrhée en raison d'une hypertension artérielle gravidique sans signe de pré-éclampsie, d'un doppler utérin pathologique, d'une tachycardie jonctionnelle pour laquelle elle était suivie par un cardiologue depuis l'enfance, et d'hyperémèse gradividique, avec nausées et vomissements durant toute la grossesse.

Le 31 mars 2016, à 33 1/7 semaines de grossesse, elle avait été adressée aux Urgences de la maternité par sa gynécologue, une tension artérielle labile, une protéinurie ainsi que des œdèmes au visage, aux mains et aux membres inférieurs, en augmentation progressive depuis plusieurs semaines, faisant soupçonner une pré-éclampsie. À la suite de cet examen, elle avait reçu de la cheffe de clinique pour instruction de surveiller régulièrement sa tension et une visite quotidienne à son domicile par une sage-femme avait été mise en place.

Le dimanche 10 avril 2016, en fin d'après-midi, elle était retournée aux Urgences, en raison d'une tension artérielle très élevée, de violents maux de tête, de vertiges depuis le matin, d'un état nauséeux et d'une faiblesse générale ; son bébé avait en outre complètement changé de position, ce qui était inhabituel. Elle y avait été auscultée par B_____, qui l'avait renvoyée chez elle, malgré des céphalées importantes, en lui disant qu'elle avait dû "*manger trop lourd*" et en lui

recommandant de prendre le cas échéant du Dafalgan®. B_____ avait, en plus, décidé de diminuer la fréquence des visites de la sage-femme à domicile.

De retour à domicile, elle avait souffert de douleurs toute la nuit, mais ayant eu le sentiment de déranger, elle n'était pas retournée aux Urgences avant le lendemain matin, à la demande de la sage-femme, alors que son bébé ne bougeait plus. Arrivée aux HUG, un décollement placentaire, résultant d'une pré-éclampsie sévère, avait été diagnostiqué, qui avait nécessité une césarienne en urgence. Sa fille, E_____, était mort-née et elle-même avait vu sa vie mise en danger en raison de l'hémorragie occasionnée.

Depuis lors, elle tentait en vain d'obtenir son dossier médical complet et des explications de B_____ sur les raisons qui l'avaient poussée à la renvoyer à la maison, alors que les autres médecins avec qui elle avait pu s'entretenir après la césarienne lui avaient tous dit qu'elle aurait dû être hospitalisée à l'issue de la consultation du 10 avril.

Elle avait en outre relevé des erreurs dans les documents la concernant accessibles en ligne : le rapport médical du 10 avril 2016 concluait que les céphalées avaient disparu au moment de la consultation et qu'il n'y avait pas de risque de pré-éclampsie, alors qu'en se rhabillant pour partir, elle avait fait remarquer à la sage-femme présente qu'il était incroyable qu'après quatre heures de discussion, on ne lui ait même pas proposé un Dafalgan®, alors que ses maux de tête n'avaient pas disparu, ce dont sa mère, qui était présente, pouvait témoigner. Elle s'étonnait également que toutes les rubriques de son dossier, à l'exception des consultations d'urgence, aient été créées le 11 avril 2016, date du décès de sa fille.

b. Selon le rapport de consultation établi le 10 avril 2016 par B_____, A_____ s'était présentée ce jour-là aux Urgences en raison de céphalées intermittentes, frontales latéralisées à droite, et d'une tension à domicile de 150/90, puis de 161/110, sans scotomes (*i.e.* taches dans le champ visuel), acouphènes ou barre épigastrique, ni signes particuliers au niveau obstétrical.

Un bilan de pré-éclampsie avait été réalisé, de même que des analyses d'urine et une formule sanguine, sans qu'aucun élément particulier soit relevé. La tension artérielle avait été mesurée durant une heure, montrant des valeurs de 147/100 à l'arrivée, puis labile, avec au maximum 140/90 et une dernière prise à 130/80.

B_____ a noté dans ses conclusions "*HTA gestationnelle avec TA labile, pas de signe clinique de pré-éclampsie (disparition des céphalées) spot 17. Bilan dans la norme*".

c. Le 12 avril 2016, à la suite de la césarienne et du décès de E_____, B_____ a rédigé un rapport complémentaire, qui a été intégré dans les notes de suite du dossier des HUG le 14 avril suivant.

À teneur de ce document, la patiente avait consulté aux Urgences, car elle s'était sentie mal, avait souffert de céphalées durant l'après-midi et présenté une tension élevée.

Sur la base de la feuille de tri, la doctoresse avait demandé qu'un spot urinaire et un prélèvement de bilan de pré-éclampsie soient faits. Pendant que la sage-femme effectuait un profil tensionnel, elle avait mis à jour le dossier, notant que la patiente présentait des facteurs de risque de pré-éclampsie, soit la nulliparité et une hypertension gestationnelle.

Après une heure de prise de tension, elle avait constaté que celle-ci, qui était de 142/82 puis de 136/91 au tri, était passée à 147/100 à l'arrivée dans le box, puis avait fluctué, passant de valeurs parfois dans la norme, parfois pathologiques, sans pour autant dépasser des valeurs de 140/90, la dernière tension étant de 130/80.

A_____ lui avait expliqué qu'elle présentait des œdèmes en augmentation progressive depuis plusieurs semaines, mais lui avait confirmé l'absence de phosphènes (*i.e.* troubles de la vision), acouphènes et douleurs épigastriques. Au moment de la consultation, les céphalées avaient disparu spontanément.

Si des œdèmes au niveau des membres inférieurs avaient effectivement été constatés, la patiente ne présentait pas de perte de liquide ou de sang et ressentait bien les mouvements fœtaux. Les réflexes étaient vifs et symétriques, sans extension de la zone réflexogène. Le spot était à 17, le bilan de pré-éclampsie dans la norme, le CTG réactif et non pathologique. À l'échographie, la doctoresse avait constaté un volume de liquide amniotique (AFI) et un doppler ombilical dans la norme. Elle avait également noté une bonne vitalité fœtale. La patiente, en bon état général, ne présentait donc pas de signe physique ou biologique de pré-éclampsie, les éléments observés étant similaires à ceux relevés lors de la consultation du 31 mars 2016. Elle en avait déduit qu'elle se trouvait en présence d'une hypertension gestationnelle avec tension artérielle labile, d'évolution stable.

A_____ l'ayant interrogée sur les indications à venir consulter aux Urgences, elle l'avait assurée qu'elle avait bien fait, face à des niveaux de tension élevés à domicile, même si sa propre évaluation se révélait rassurante. Elle lui avait également recommandé, si elle notait à nouveau des tensions artérielles élevées, de s'allonger un moment, de reprendre sa tension et de venir aux Urgences si celle-ci était toujours pathologique.

N'ayant eu aucun doute, elle n'avait pas soumis le cas de cette patiente au chef de clinique et l'avait renvoyée à la maison, dans la mesure où il n'y avait pas d'indication de traitement. Rassurée par le fait que A_____ prenait elle-même sa tension et par le fait qu'elle avait rendez-vous pour une consultation prénatale trois jours plus tard, elle avait en outre proposé d'espacer les visites de la sage-femme à deux fois par semaine.

d. F_____, sage-femme qui a accueilli A_____ à la salle de tri le 10 avril 2016 à 16h45, a également rédigé, le 12 avril suivant, un rapport de prise de soin.

Elle avait immédiatement allongé la patiente sur un brancard et mesuré ses paramètres vitaux et les battements de cœur du bébé, afin de dépister une urgence 1 ou 2. La patiente s'était notamment montrée rassurée par le fait que sa tension artérielle était moins élevée qu'à la maison. En début d'après-midi, elle avait ressenti des céphalées discontinues, pas très fortes, "*est-ce que c'est la chaleur particulière d'aujourd'hui ?*". Lorsqu'elle avait demandé à A_____ de lui décrire et localiser la douleur, la patiente avait touché son front, du côté droit. Elle n'avait pas très mal et ce n'était pas continu. La patiente connaissait les symptômes recherchés en cas de pré-éclampsie et avait d'emblée précisé qu'elle n'avait pas de bourdonnements d'oreille, de "*mouches volantes*", de barre épigastrique ou d'œdème d'apparition brutale. Elle n'avait pas non plus de plaintes obstétricales (saignements, pertes vaginales particulières) et ressentait bien les mouvements du bébé. Le stick urinaire s'était révélé sans particularité et ne montrait entre autres pas de protéinurie. Physiquement, son visage était détendu, elle ne se tenait pas la tête et n'avait pas de posture ou d'expression exprimant une douleur ou une gêne. Son visage, et de manière plus générale sa silhouette, ne montraient pas d'œdèmes importants. La patiente avait répondu par la négative à la question de savoir si elle se sentait nerveuse, agitée ou différente de l'habitude. Après un dernier contrôle de tension, elle avait été dirigée vers la salle d'attente.

e. Il sied de relever que B_____ était déjà la médecin ayant examiné A_____ lors de ses consultations aux Urgences des 21 décembre 2015 pour des douleurs pelviennes et 10 février 2016 pour des douleurs ligamentaires, alors que F_____ l'avait déjà accueillie au tri le 21 décembre 2015.

f. La sage-femme des Urgences, G_____, a mesuré la tension artérielle de A_____, dès son installation en chambre, toutes les 10 minutes pendant une heure, notant "*une première tension à 147/100, avec des céphalées signalées lors du tri"*. Elle n'avait pas relevé d'autre signe clinique de pré-éclampsie et la patiente lui avait dit que ses œdèmes n'avaient pas augmenté depuis la dernière consultation. Après deux heures de prise en charge et au vu des résultats des différents examens, elle avait rassuré la patiente et transmis la situation à ses collègues pour la suite de la prise en charge, elle-même finissant sa garde à 19h00.

g. Le journal de la sage-femme à domicile ne signale aucun élément particulier pour la journée du 10 juin 2016, mentionnant uniquement des œdèmes "*discrets*", à l'instar des jours précédents.

h. Selon les notes inscrites dans le dossier des HUG de A_____ les 11 et 12 avril 2016, celle-ci avait été adressée aux Urgences vers 10h00 du matin, le 11 avril, par la sage-femme à domicile, en raison de pertes vaginales liquides, douleurs abdominales intermittentes, diarrhées et vomissements durant toute la nuit, et impossibilité de

trouver les battements du cœur du fœtus. À son arrivée à l'hôpital, un diagnostic de mort *in utero* du fœtus – une fille – avec hématome rétroplacentaire sur possible pré-éclampsie a été posé et une césarienne d'urgence pratiquée, durant laquelle le placenta, complètement décollé avec multiples caillots, avait été retiré, la perte de sang totale étant estimée à 1'100 cc.

L'intervention, qui a duré 67 minutes, s'est terminée à 15h00.

A_____ est restée hospitalisée jusqu'au 19 avril 2016.

i. A_____ a produit copie des messages échangés avec ses amies par *H*_____ le 10 avril au soir, avant, durant et après la consultation aux HUG. Elle y fait notamment état, avant la consultation avec le médecin, d'une tension élevée et de "*mega migraines*". À sa sortie des Urgences, elle déclare "*en gros, tout va bien, tjr la même chose, tension élevée…mais là, je me sens vraiment pas bien. Ils m'ont laissée sortir, ils disent que oui les migraines c'est un symptôme, mais pas de pré-éclampsie, donc ça va. La sage-femme vient mtnt que deux fois par semaine car la dr a dit que tous les jours c'est de l'abus. Je sais pas trop quoi penser, c'était bizarre, autant la chef de clinique était mega flippante la dernière fois, autant là t'as limite l'impression de déranger, mais en même temps on te dit que t'as bien fait de venir. Et en gros, reviens si t'as les mêmes symptômes…. Va savoir… Donc là, je vais me reposer, je suis toute pâle et je tiens pas debout…*". Plus tard, elle explique à une amie qu'elle a fait un aller-retour aux Urgences en raison d'une tension trop élevée et de "*pires migraines*", "*j'étais toute pale je tenais pas debout*", mais à la question de savoir si elle va mieux, répond "*ça va…encore pas top du tout mais apparemment ben à part me reposer… on peut rien faire*", puis à une autre "*me sens pas bien*", "*je suis allongée depuis que je suis rentrée de l'hôpital*", la conversation portant ensuite sur la différence de discours tenu entre le 31 mars et le 10 avril 2016 et la diminution de la fréquence des visites de la sage-femme à domicile, sans que la persistance de migraine soit évoquée.

j. Dans un courrier adressé à la direction générale des HUG le 27 mai 2016, A_____ a fait part de son incompréhension face au décès de sa fille, malgré les explications reçues des médecins, notamment concernant le décollement placentaire dont elle avait été victime. Compte tenu des symptômes qu'elle présentait à son arrivée aux Urgences, s'ajoutant au fait qu'il s'agissait d'une grossesse à risque, elle estimait ne pas avoir été écoutée, alors qu'elle avait dit à la sage-femme, à son départ des Urgences, qu'elle présentait toujours des céphalées importantes. Par ailleurs, à aucun moment on ne lui avait expliqué les risques liés à son cas, ni les symptômes auxquels elle devait être attentive, ni qu'elle et son bébé risquaient leur vie. Elle ne comprenait pour le surplus pas pourquoi, alors que le médecin lui avait exposé, le 31 mars 2016, "*d'un ton sévère et inquiétant*", les risques d'une pré-éclampsie et évoqué la possibilité de faire une césarienne en urgence, B_____ avait adopté un tout autre discours, ne l'avait pas hospitalisée, ni n'avait provoqué l'accouchement. Elle avait eu l'impression de déranger, ce qu'elle avait d'ailleurs dit à B_____ lors

de la consultation. Les médecins qui s'étaient succédé à son chevet avaient ensuite admis que s'ils avaient été chargés de son cas, ils ne l'auraient pas renvoyée à la maison, mais l'auraient gardée sous surveillance à l'hôpital. Elle souhaitait dès lors qu'une enquête soit diligentée, afin de faire toute la lumière sur les manquements éventuels ayant conduit au décès de E_____ et à la mise en danger de sa propre vie.

k. Entendue par le Ministère public le 7 juillet 2017, B_____ a confirmé son rapport complémentaire du 12 avril 2016.

Elle avait débuté sa formation en gynécologie et obstétrique en 2012.

Plusieurs signes étaient recherchés pour déterminer si l'on se trouvait en présence d'une pré-éclampsie, à savoir, premièrement, une tension artérielle élevée, puis une protéinurie, des bourdonnements dans les oreilles, des mouches dans le champ visuel, des céphalées, une douleur en barre épigastrique et des œdèmes d'apparition rapide. Une prise de sang permettait de mettre en évidence un syndrome HELLP ("*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelets*", désignant l'association d'une destruction des globules rouges, d'une inflammation du foie et d'une diminution du nombre de plaquettes). On recherchait un abaissement des plaquettes, un trouble de la crase et une perturbation des tests hépatiques, de même qu'une hyperréflexie. Dans le cas d'espèce, la patiente présentait une hypertension à la maison et des céphalées. À l'hôpital, ces dernières étaient en diminution et aucun des autres signes n'était présent. En particulier, le spot urinaire à la recherche de la protéinurie n'était pas pathologique.

La formule sanguine, faite essentiellement dans le but d'obtenir la valeur des plaquettes, était normale. Elle avait aussi réalisé une échographie et un doppler de l'artère ombilicale et regardé la quantité de liquide amniotique. Il n'y avait pas de directive visant à regarder le placenta dans ce type de situation. En effet, ce dernier était déjà examiné lors de l'échographie morphologique à 20 semaines et ne l'était ensuite qu'en cas de suspicion de décollement placentaire. Or, il n'y avait pas de signe en ce sens et elle n'avait rien vu durant l'échographie qui l'eût amené à se concentrer sur le placenta.

Elle s'était montrée plus rassurante que la médecin ayant ausculté la patiente le 31 mars 2016, car l'on craignait alors le déclenchement d'une pré-éclampsie et elle n'en avait justement pas décelé de signe. Le diagnostic d'hypertension gestationnelle était quelque chose de connu.

Il n'y avait pas de directives s'agissant des cas présentés aux Urgences devant être soumis au chef de clinique. Cela dépendait du niveau et de l'expérience de l'interne et bien sûr de son évaluation de la gravité du cas. Les patients devant être opérés étaient présentés au chef de clinique ; le fait de savoir s'il existait une indication chirurgicale dépendait toutefois de l'évaluation de l'interne. Il n'était pas inhabituel

qu'un cas ne soit pas présenté au chef de clinique ; avec l'expérience qu'elle avait à l'époque, elle ne se référait à ce dernier que dans un cas sur cinq.

Elle n'avait pas non plus contacté la cheffe de clinique qui avait vu la patiente le 31 mars 2016 et évoqué une possible césarienne, car il n'y avait pas d'indication pour une telle intervention ou pour un déclenchement de l'accouchement, dans la mesure où elle n'avait pas posé de diagnostic de pré-éclampsie. Lors de l'entretien qu'elle avait eu par la suite avec le médecin chef du département de gynécologie et d'obstétrique des HUG, celui-ci le lui avait confirmé.

l. La mère de A_____ a déclaré que le 10 avril 2016, elle avait rejoint celle-ci à midi chez elle. Sa fille n'allait pas bien et avait mal à la tête. Dans l'après-midi, les céphalées avaient empiré et la tension artérielle augmenté. Son visage, ses bras et ses jambes avaient beaucoup enflé depuis la veille ou l'avant-veille. Elles s'étaient donc rendues à l'hôpital, ainsi que cela leur avait été recommandé le 31 mars 2016. À leur arrivée aux Urgences, F_____ avait mis en cause les valeurs qu'elles avaient mesurées avec leur tensiomètre à la maison, alors même qu'elles l'utilisaient depuis des mois. Elle s'était moquée d'elles en disant qu'elles ne savaient pas faire la différence entre un mal de tête et une migraine. À leur sortie de l'hôpital, plusieurs heures plus tard, la sage-femme qui les avait raccompagnées avait enfin proposé du Dafalgan® à sa fille, qui avait toujours mal à la tête.

m. A_____ a précisé qu'elle n'avait pas constaté une augmentation des œdèmes entre le 31 mars et le 10 avril 2016, mais que ceux-ci étaient conséquents. En revanche, les céphalées n'avaient pas diminué et elle avait encore mal à la tête lorsqu'elle était ressortie de l'hôpital.

n. Un rapport d'expertise a été rendu le 3 mai 2019 par la Pre I_____, médecin-cheffe à l'université de Bâle, sur la base du dossier et d'entretiens *via J*_____ [appels-visio] avec B_____ et A_____.

À teneur de ce rapport, une hypertension gestationnelle – définie comme une tension artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg (systolique), 90 mmHg (disatolique), ou les deux survenant après la 20ème semaine de grossesse – évoluait dans 46% des cas vers une pré-éclampsie légère et dans 9,6% des cas vers une pré-éclampsie sévère.

Ce risque était la raison pour laquelle un bilan complet de pré-éclampsie avait été effectué. La prise en charge par la sage-femme de tri, par une seconde sage-femme et par B_____ avait été correcte et conforme aux directives en vigueur (anamnèse correspondante, observation clinique, mesure de tension artérielle à intervalle sur plus d'une heure, bandelette urinaire, protéines et créatinine dans les urines, numération et formule sanguine, bilan d'hémostase et biochimie sanguine). B_____ avait en particulier testé les réflexes pour exclure des réflexes très vifs, diffus et polycinétiques, pouvant être présents en cas de pré-éclampsie sévère.

Ce bilan objectif était dans la norme. Les œdèmes ne faisaient plus partie des critères de diagnostic depuis plusieurs années. Outre la tension artérielle élevée, le seul autre signe de pré-éclampsie étaient les céphalées, mais il n'était pas clair, au vu des déclarations divergentes des parties sur ce point, si la patiente en souffrait encore au moment de l'examen. En présence de céphalées, le chef de clinique aurait dû être consulté et A_____ être hospitalisée, pour une surveillance plus rapprochée, voire un traitement par magnésium en intraveineuse. En effet, si, selon les anciennes directives, la protéinurie était obligatoire pour le diagnostic, la nouvelle définition, en vigueur depuis 2013, ne la voyait plus comme un critère obligatoire, mais était davantage axée sur les signes cliniques, comme les céphalées. Dans le cas d'espèce, le diagnostic n'était pas facile à poser, car tous les paramètres mesurés ponctuellement étaient rassurants. La dynamique des symptômes, avec d'un côté des tensions élevées à domicile et des céphalées – qui étaient à considérer comme des signes neurologiques – ainsi que les réflexes vifs, aurait dû faire penser à une pré-éclampsie. Un avis du chef de clinique aurait été approprié, devant un tableau clinique non évident.

Si le diagnostic de pré-éclampsie avait été posé le 10 avril 2016, la patiente aurait probablement été hospitalisée. Le suivi et le développement des symptômes aurait permis de déterminer la nécessité de terminer la grossesse rapidement (par césarienne) ou d'induire l'accouchement (au cas où il aurait été possible d'attendre quelques jours). En cas de pré-éclampsie sévère (dont les céphalées étaient un signe neurologique), il était très probable qu'une césarienne dans les 24 heures aurait été décidée. Il n'y avait toutefois pas d'indication d'un tel geste médical le 10 avril au soir et à ce stade de la grossesse, il convenait d'y réfléchir, afin de ne pas exposer le nouveau-né, sans raison manifeste, à tous les risques de la prématurité, qui pouvait engendrer une certaine morbidité et mortalité du prématuré. Par conséquent, même en cas d'hospitalisation, l'on n'aurait pas posé à la légère l'indication d'une césarienne.

Il était difficile de formuler une hypothèse exacte sur la façon dont les choses se seraient déroulées si A_____ avait été hospitalisée, le 10 avril 2016. Dans la majorité des cas, un décollement placentaire ne pouvait ni être prédit, ni empêché, de sorte qu'un décollement placentaire massif avec mort fœtale aurait pu survenir également à l'hôpital. L'hospitalisation aurait néanmoins permis de surveiller la tension artérielle et de la traiter, au cas où elle aurait dépassé les valeurs seuil. Il n'était toutefois pas possible de dire dans quelle mesure cela aurait permis d'empêcher le décollement placentaire. Une hospitalisation aurait par ailleurs pu éventuellement permettre une réaction plus rapide, mais n'aurait pas empêché le décollement du placenta, qui était une complication rare de la pré-éclampsie (0,2% des grossesses), ni la mort du fœtus, probablement survenue à ce moment-là, la supplémentation fœtale en oxygène étant interrompue. Une césarienne en urgence n'aurait dès lors pas permis de sauver l'enfant.

Le 10 avril 2016, A_____ ne présentait pas de signe de décollement placentaire et rien n'indiquait une souffrance fœtale, étant précisé que le changement de position du bébé n'avait aucun lien avec la pré-éclampsie. Un examen spécifique du placenta n'était donc pas indiqué. Dans la mesure où la recherche de globules rouges fœtaux dans le sang, lors de la prise de sang du 11 avril 2016, n'avait rien donné, il était très probable que ce décollement soit récent – au moment où la patiente avait ressenti des douleurs abdominales –, et non survenu la veille.

Il était tout à fait possible de passer, en l'espace de quelques heures, d'une absence de signes de pré-éclampsie à une pré-éclampsie sévère. Dans le cas présent, le décollement placentaire était surprenant, dans la mesure où A_____ ne présentait pas du tout ce tableau clinique le soir du 10 avril 2016. Ce décollement et la pré-éclampsie avaient engendré une coagulation vasculaire disséminée qui pouvait représenter un danger vital pour la mère.

À son arrivée aux Urgences, le 11 avril 2016, la vie de la patiente était en danger, au vu du tableau clinique qu'elle présentait, sans pour autant que l'on puisse dire que cette situation était imputable à une personne ou à un groupe de personnes. Sa prise en charge avait toutefois été rapide et adéquate, et son suivi correctement documenté, ce qui avait permis de minimiser ce danger.

Les experts n'ont pu déterminer si, comme l'affirmait A_____, elle avait clairement dit à B_____ avoir encore des maux de tête, ou si, comme cette dernière l'avait noté au dossier médical – au demeurant très bien tenu, et comportant une documentation claire et précise –, ils avaient disparu. Dans la première hypothèse, il aurait fallu hospitaliser la patiente pour une surveillance plus rapprochée, voire un traitement au magnésium intraveineux, et un avis du chef de clinique aurait été approprié ; un décollement prématuré du placenta aurait potentiellement pu être détecté plus rapidement, même s'il n'était pas possible de dire de façon certaine qu'une hospitalisation aurait permis de l'éviter, ni la mort du fœtus *in utero.* Dans la seconde hypothèse, la prise en charge ambulatoire était adéquate et le développement du tableau clinique imprévisible.

o. Entendue le 23 octobre 2020, la Pre I_____ a confirmé qu'une hospitalisation précoce n'aurait pas empêché le décollement placentaire et que l'on ne faisait pas de césarienne en urgence avant la 37ème semaine s'il n'y avait pas de danger imminent pour la mère ou l'enfant, ce qui n'était pas le cas lorsque A_____ s'était présentée aux Urgences.

B_____ avait effectué tous les examens que l'on pouvait attendre d'elle et les analyses et le bilan médical avaient été faits de manière complète, exhaustive et soignée.

Les maux de tête décrits par la patiente constituaient des symptômes sérieux et évidents. La situation était toutefois difficile à évaluer *a posteriori,* A_____

soutenant avoir eu des maux de tête avant son arrivée aux Urgences et pendant la consultation, alors qu'aux dires de B_____, ceux-ci étaient moins importants au moment de la consultation. Il convenait également de tenir compte du fait que le contrôle des réflexes, s'il avait montré qu'ils étaient vifs, ne révélait aucun problème quelconque. En l'absence de maux de tête, la décision de laisser la patiente rentrer chez elle était conforme aux règles de l'art.

La pré-éclampsie était susceptible de porter atteinte à plusieurs organes. Le plus important, du point de vue de la mère, était d'éviter une convulsion pouvant provoquer un AVC, la thérapie préconisée dans ce cas étant la prescription de magnésium, qui pouvait, indirectement et éventuellement, éviter un décollement placentaire. La pré-éclampsie pouvait toutefois également toucher d'autres organes, comme le système de coagulation. Un tel problème avait été à l'origine du décollement placentaire chez A_____, décollement qu'un traitement au magnésium n'aurait pu éviter. Ce problème de coagulation n'était pas présent le 10 avril 2016. Une hospitalisation sous surveillance à ce moment-là aurait néanmoins pu influencer la suite des événements. En cas de décollement placentaire, une césarienne en urgence était susceptible de sauver la vie du bébé. Tout dépendait toutefois du volume du décollement et du laps de temps écoulé entre celui-ci et l'intervention.

B_____ lui ayant soumis la directive "*hypertension artérielle pendant la grossesse*", datant de 2010, selon elle en vigueur à l'époque dans son service, laquelle définissait la pré-éclampsie exclusivement comme une hypertension artérielle associée à une protéinurie, sans référence à l'existence de maux de têtes, les formes atypiques de pré-éclampsie n'y étant pas décrites, I_____ a confirmé que ces *guidelines* internes correspondaient aux règles de l'art en vigueur à l'époque, tout en confirmant que les directives de 2013 citées dans son expertise étaient également applicables à l'époque des faits.

p. Par avis du 22 janvier 2021, le Ministère public a informé les parties de son intention de classer la procédure et leur a imparti un délai au 26 février 2021 pour présenter leurs éventuelles réquisitions de preuve.

q. Par courrier du 25 février 2021, reçu par le Ministère public le lendemain, A_____ lui a fait part de son souhait d'être entendue, afin de pouvoir s'exprimer intégralement et librement sur les faits. Elle sollicitait également l'audition de sa mère, qui l'avait accompagnée aux HUG le 10 avril 2016 et pourrait fournir toutes informations utiles sur cette soirée et sur son état.

C. Dans l'ordonnance de classement querellée, le Ministère public, après avoir mentionné que A_____ ne s'était pas déterminée dans le délai imparti, a considéré que, l'accouchement n'ayant pas commencé au moment des faits, une infraction d'homicide par négligence était exclue. En toute hypothèse, aucune violation fautive des règles de l'art ou des devoirs de prudence ne pouvait être reprochée au personnel de la maternité et le danger encouru par A_____ n'était pas le résultat d'un

quelconque comportement ou omission à ces derniers. Les éléments constitutifs de l'infraction de mise en danger n'étaient donc pas non plus réalisés.

D. Par courrier du 8 mars 2021, A_____ a demandé au Ministère public de reconsidérer sa décision, dans la mesure où, par erreur, il n'avait pas pris en compte sa requête du 25 février 2021.

E. Dans son ordonnance de refus de réouverture et reprise de procédure, le Ministère public a relevé que la mère de A_____ avait déjà pu s'exprimer en juillet 2017 et que la plaignante avait également été entendue ce jour-là sur les éléments jugés essentiels par le Ministère public. A_____ avait également échangé *via* J_____ et courriel avec les experts. Une nouvelle audition n'était dès lors pas de nature à apporter des éléments supplémentaires, ce d'autant moins que le classement reposait sur des motifs juridiques. Dans la mesure où aucun moyen de preuve nouveau n'était invoqué, il n'y avait pas lieu de reprendre la procédure préliminaire, le classement n'étant au demeurant pas définitif.

F. **a.** Dans son recours, A_____ reproche au Ministère public de ne pas avoir tenu compte de certains faits, contradictoires, susceptibles d'étayer un soupçon suffisant d'infraction. En particulier, les doutes existant quant à savoir si, au moment de son départ des Urgences, elle souffrait encore de céphalées, ce qu'elle-même avait toujours soutenu, ne pouvaient être occultés, alors que la crédibilité des rapports médicaux, établis *a posteriori*, devait être appréciée à cette aune. À cela s'ajoutait que le Ministère public n'avait pas tenu compte du fait que les nouvelles directives de 2013 ne tenaient plus la protéinurie comme un symptôme nécessaire, ni du fait qu'elle-même ne semblait pas avoir été prise au sérieux dans les symptômes qu'elle avait décrits au personnel médical. Une analyse plus approfondie devait donc être effectuée, afin de déterminer si la passivité de B_____ constituait une violation des règles de l'art. En cas de doute, il appartenait en tout état au juge matériellement compétent de se prononcer. À cet égard, le Tribunal fédéral n'avait pas exclu que l'infraction de mise en danger puisse être réalisée par un comportement purement passif. Or, l'expertise avait démontré que l'administration de magnésium aurait éventuellement pu éviter l'éclampsie et, en second plan, le décollement du placenta, ou à tout le moins en diminuer les risques. Le Ministère public n'avait pas non plus examiné la cause sous l'angle de l'art. 125 CP, réprimant l'infraction de lésions corporelles par négligence. La question de savoir quand exactement débutait un accouchement n'avait enfin pas été tranchée par le Tribunal fédéral et méritait d'être soumise au juge du fond.

Dans la mesure où le Ministère public avait classé la procédure sans se prononcer sur ses réquisitions de preuve, son droit d'être entendue avait pour le surplus été violé, l'ordonnance rendue ultérieurement n'étant pas de nature à y remédier. La cause devait donc lui être renvoyée pour qu'il procède aux auditions sollicitées.

b. Dans ses observations, le Ministère public se rapporte à la motivation des ordonnances querellées. S'agissant d'une éventuelle application de l'art. 125 CP, il considère qu'aucune atteinte à la santé de la plaignante n'est imputable à B_____. En effet, lors de la consultation du 10 avril 2016, A_____ et son bébé ne se trouvaient pas dans un danger imminent, aux dires mêmes de l'experte. Les examens auxquels elle avait été soumise étaient complets et soigneusement effectués. Dans la mesure où elle ne présentait pas tous les signes d'une pré-éclampsie, une césarienne en urgence n'était pas indiquée.

c. B_____ rappelle pour sa part que selon la jurisprudence claire, la vie humaine ne commence qu'après le début de l'accouchement, ce qui exclut l'application de l'art. 117 CP. Aucun élément ne permettait par ailleurs de retenir l'existence d'une infraction intentionnelle, l'art. 129 CP n'étant ainsi, en toute hypothèse pas réalisé. Quant à l'art. 125 CP, au demeurant non invoqué dans la plainte, il devait être écarté, aucune violation des règles de l'art ne pouvant lui être reprochée : elle avait identifié le risque de pré-éclampsie et entrepris toutes les analyses et examens nécessaires à la pose d'un tel diagnostic, suivant scrupuleusement les *guidelines* en vigueur aux HUG, étant précisé que l'absence de référence, dans celles-ci, aux maux de tête, rendait d'autant plus crédible le contenu de son rapport mentionnant leur absence. Le lien de causalité entre sa prétendue négligence et la lésion alléguée n'était pas non plus établi. L'experte avait en effet exposé de manière univoque qu'un traitement au magnésium n'aurait pas permis d'éviter le décollement précoce du placenta et, partant, la mort du fœtus.

Elle sollicite l'octroi d'une indemnité de CHF 2'250.- HT, correspondant à cinq heures d'activité de son avocat, au tarif horaire de CHF 450.- pour la rédaction de ses observations.

d. D_____, ex-compagnon de K_____ et père de E_____, qui s'était également constitué partie plaignante à la procédure, ne s'est pas prononcé.

EN DROIT :

1. **1.1.** Le recours a été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP) et concerne des ordonnances sujettes à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al. 1 let. a CPP).

1.2. Il convient toutefois de déterminer si, au vu des infractions invoquées, la recourante a qualité pour agir, c'est-à-dire si elle a un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation des décisions querellées (art. 382 al. 1 CPP).

1.3.1. Est considéré comme partie plaignante le lésé qui déclare expressément vouloir participer à la procédure comme demandeur au pénal ou au civil (art. 118 al. 1 CPP). La notion de lésé est définie à l'art. 115 CPP. Il s'agit de toute personne dont les droits ont été touchés directement par une infraction. En règle générale, seul peut se prévaloir d'une atteinte directe le titulaire du bien juridique protégé par la

disposition pénale qui a été enfreinte (ATF 143 IV 77 consid. 2.2 p. 78; 141 IV 454 consid. 2.3.1 p. 457).

Si le lésé décède sans avoir renoncé à ses droits de procédure, ceux-ci passent à ses proches au sens de l'art. 110 al. 1 CP dans l'ordre de succession, soit aux parents, lorsque le défunt n'a pas laissé de postérité (art. 458 al. 1 CC).

Ce mécanisme implique que le lésé ait eu la jouissance des droits civils, c'est-à-dire qu'il ait été apte à être sujet de droits et d'obligations (art. 11 CC; P. PICHONNAZ / B. FOËX (éds), *Commentaire romand : Code civil I: art. 1-359 CC*, Bâle 2010, n. 3 *ad* art. 11).

L'art. 31 al. 2 CC précise que l'enfant conçu jouit des droits civils, à la condition qu'il naisse vivant. Le critère déterminant est la naissance accomplie de l'enfant vivant (art. 31 al. 1 CC). Il est rempli lorsque l'enfant manifeste des signes de vie après l'expulsion complète hors du corps maternel (P. PICHONNAZ / B. FOËX (éds), *op.cit.*, n. 5 *ad* art. 31).

1.4. En l'espèce, la recourante invoque les art. 117 CP (homicide par négligence) et 129 CP (mise en danger de la vie d'autrui), qui tous deux visent à protéger la vie humaine (cf. M. DUPUIS / L. MOREILLON / C. PIGUET / S. BERGER / M. MAZOU / V. RODIGARI (éds), *Code pénal - Petit commentaire*, 2ème éd., Bâle 2017, n. 1 *ad* art. 117 et 1 *ad* art. 129), ainsi que l'art. 125 CP (lésions corporelles par négligence), qui protège l'intégrité corporelle et la santé, tant physique que psychique (ATF 119 IV 25 consid. 2a p. 26).

Elle se plaint par ailleurs d'une violation de son droit d'être entendue.

Dans la mesure où elle est titulaire du bien juridique protégé par les art. 125 CP et 129 CP, la qualité de partie plaignante (art. 104 al. 1 let. b CPP) et, partant, un intérêt juridiquement protégé à recourir contre le classement, doit lui être reconnu.

Il en va de même en ce qui concerne la violation de son droit d'être entendue.

Tel n'est en revanche pas le cas, s'agissant de l'infraction d'homicide par négligence, laquelle ne peut concerner que sa fille. La recourante est certes la mère de E_____, dont elle allègue qu'elle a été victime de différentes infractions imputables au personnel médical des HUG. L'enfant, décédée *in utero* dans la nuit du 10 au 11 avril 2016, n'a toutefois jamais joui des droits civils au sens des dispositions précitées.

Partant, il n'a pu acquérir des droits de procédure dont sa mère aurait pu se prévaloir dans le cadre de son recours (cf. ATF 146 IV 76 consid. 2.3 p. 81).

Cette situation juridique exclut également la qualité pour agir de la recourante fondée sur la qualité de proche de la victime (art. 110 al. 1 CP). La qualité pour agir aurait en toute hypothèse dû être niée, faute de prétentions civiles susceptibles d'être

formulées contre les collaborateurs des HUG, l'État répondant seul d'un éventuel dommage causé (art. 382 al. 3 CPP et. 5 al. 1 de la loi sur les établissements publics médicaux [LEPM; K 2 05] *cum* art. 2 et 9 de la loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes [LREC; A 2 40]; ATF 146 IV 76 consid. 2.1.1; 138 IV 86 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 6B_325/2017 du 23 octobre 2017 consid. 1.1 et 1.2).

Le recours est donc irrecevable, en tant qu'il porte sur l'infraction d'homicide par négligence ou toute autre infraction dont E_____ aurait pu être la victime.

Il aurait, quoi qu'il en soit, de toute façon dû être rejeté, pour les motifs exposés ci-après (cf. *infra* ch. **4.**).

2. Avant d'examiner les arguments de la recourante sur le fond, il sied de traiter son grief de violation de son droit d'être entendue.

2.1. À teneur de l'art. 318 al. 1 CPP, lorsque le Ministère public estime que l'instruction est complète, il rend une ordonnance pénale ou informe les parties de la clôture prochaine de l'instruction en leur octroyant un délai pour présenter leurs réquisitions de preuves. Si les parties requièrent l'administration de certaines preuves, le Ministère public doit traiter ces demandes avant de donner suite à la procédure. L'avis de prochaine clôture a ainsi pour but de donner aux parties la possibilité de se prononcer sur le résultat et l'issue de l'instruction effectuée par le Ministère public et, le cas échéant, de requérir un complément d'enquête (Y. JEANNERET / A. KUHN / C. PERRIER DEPEURSINGE (éds), *Commentaire romand : Code de procédure pénale suisse,* 2ème éd., Bâle 2019, n. 5 *ad* art. 318).

Une violation du droit d'être entendu peut être réparée dans le cadre de la procédure de recours lorsque l'irrégularité n'est pas particulièrement grave et pour autant que la partie concernée ait la possibilité de s'exprimer et de recevoir une décision motivée de la part de l'autorité de recours disposant d'un pouvoir d'examen complet en fait et en droit. Une réparation du vice procédural est également possible lorsque le renvoi à l'autorité inférieure constitue une vaine formalité, provoquant un allongement inutile de la procédure, incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197 ; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204 ; arrêt du Tribunal fédéral 1B_524/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.1), la partie plaignante pouvant, dans le cadre d'un recours contre une ordonnance de classement, proposer à nouveau des preuves susceptibles de démontrer la culpabilité du prévenu (ACPR/329/2019 du 8 mai 2019; Y. JEANNERET / A. KUHN / C. PERRIER DEPEURSINGE (éds), *op. cit*., n. 19 et 23 *ad* art. 318).

2.2. En l'espèce, le Ministère public a procédé conformément à l'art. 318 al. 1 CPP en invitant la recourante, avant le classement de la procédure, à présenter ses réquisitions de preuve, mais a contrevenu à l'art. 318 al. 2 CPP en rendant son ordonnance de classement sans se prononcer à leur sujet, affirmant qu'il n'en existait

pas alors qu'elles avaient été valablement formulées. Partant, le droit d'être entendu de la recourante a été violé (cf. ACPR/329/2019 du 8 mai 2019 susmentionné).

Dans son ordonnance de refus de réouverture et reprise de la procédure – rendue alors que le délai de recours contre l'ordonnance de classement n'était pas encore échu –, le Ministère public a toutefois pris position sur les réquisitions de preuves formulées par la recourante. Celle-ci a donc été à même, dans son recours, de faire valoir ses arguments.

Un retour de la cause au Ministère public pour ce seul motif paraît donc injustifié et ne serait pas dans l'intérêt de la recourante, qui ne tire du reste de cette violation pas de conclusion claire, indépendante des motifs de fond devant conduire, selon elle, à l'annulation du classement.

Reste à déterminer si le Ministère peut être suivi lorsqu'il estime que les conditions de l'art. 319 al. 1 CPP sont réalisées.

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

Cette disposition doit être appliquée conformément à l'adage *in dubio pro duriore*. Celui-ci, 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 CPP; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui s'impose également à l'autorité de recours, signifie qu'en principe, 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 et l'autorité de recours disposent, 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 effet, en cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1 p. 243 ; 138 IV 86 consid. 4.1.2 p. 91 et les références citées).

4. La recourante invoque, en lien avec le décès de sa fille, l'art. 117 CP, qui réprime l'homicide par négligence.

4.1. Devant la Cour européenne des droits de l'homme s'est posée la question de la limite temporelle du droit à la vie protégé par l'art. 2 CEDH. Il en est ressorti que c'est à dessein que cette disposition ne définissait pas la "*personne*" dont la vie est protégée par la Convention, pour tenir compte de la diversité des conceptions quant au point de départ de la vie, des cultures juridiques et des standards de protection

nationaux. La Cour en a conclu que le point de départ du droit à la vie relève de la marge d'appréciation des États, dans la mesure où la question de la nature et du statut de l'embryon et/ou du fœtus ne faisait pas l'objet d'un consensus (P. PICHONNAZ / B. FOËX (éds), *op.cit.*, n. 18 *ad* art. 31).

Selon la conception suisse, la protection pénale de l'enfant à naître ne résulte des art. 111 à 117 CP que dès le commencement de l'accouchement, plus précisément dès les premières contractions utérines qui provoquent les douleurs de l'accouchement. Lorsque la naissance intervient par le biais d'une intervention chirurgicale (césarienne), on tient compte du moment à partir duquel une narcose est administrée ou une péridurale posée. Avant cela, la vie embryonnaire est protégée par les art. 118 à 120 CP punissant l'interruption de grossesse (ATF 119 IV 207 consid. 2 p. 209; A. MACALUSO / L. MOREILLON / N. QUELOZ (éds), *Commentaire romand, Code pénal II, vol. II, Partie spéciale : art. 111-392 CP,* Bâle 2017, n. 3 *ad* intro aux art. 111-117 CP et n. 11 *ad* art. 118; M. DUPUIS / L. MOREILLON / C. PIGUET / S. BERGER / M. MAZOU / V. RODIGARI (éds), *op.cit.*, n. 12 *ad* rem. prél. aux art. 111 à 120).

Il s'ensuit que le fœtus *in utero* ne peut pas être victime d'un homicide intentionnel ou par négligence, ni même de lésions corporelles, tant que les contractions n'ont pas commencé: avant l'accouchement, il ne peut être question que d'avortement, et l'avortement par négligence n'est pas punissable (P. PICHONNAZ / B. FOËX (éds), *op.cit*., n. 17 *ad* art. 31).

4.2. En l'espèce, la fille de recourante est décédée durant la nuit, au moment du décollement du placenta, sans que la grossesse ait atteint le stade de l'accouchement. Les art. 117 CP et 125 CP ne sont dès lors pas applicables. Il en va de même des dispositions réprimant l'interruption de grossesse.

Le classement de ce pan de la procédure est, partant, justifié.

5. La recourante estime que l'omission reprochée à B_____ et, plus largement, au personnel médical des HUG, tombe sous le coup de l'art. 129 CP.

5.1. Cette disposition réprime celui qui, sans scrupules, aura mis autrui en danger de mort imminent.

Le danger au sens de l'art. 129 CP suppose un risque concret de lésion, c'est-à-dire un état de fait dans lequel existe, d'après le cours ordinaire des choses, la probabilité ou un certain degré de possibilité que le bien juridique soit lésé, sans toutefois qu'un degré supérieur à 50% soit exigé. Il doit en outre s'agir d'un danger de mort, et non pas seulement d'un danger pour la santé ou l'intégrité corporelle. Enfin, il faut que le danger soit imminent. La notion d'imminence n'est pas aisée à définir. Elle implique en tout cas, outre la probabilité sérieuse de la réalisation du danger concret, une composante d'immédiateté qui se caractérise moins par l'enchaînement chronologique des circonstances que par le lien de connexité direct unissant le

danger et le comportement de l'auteur. L'immédiateté disparaît ou s'atténue lorsque s'interposent ou surviennent des actes ou d'autres éléments extérieurs (ATF 106 IV 12 consid. 2a p. 14 ; arrêt 6B_876/2015 du 2 mai 2016 consid. 2.1 non publié aux ATF 142 IV 245 ; arrêt 6B_835/2018 du 8 novembre 2018 consid. 1.1.1 et les références).

L'auteur doit avoir agi intentionnellement. Il doit avoir conscience du danger de mort imminent pour autrui et adopter volontairement un comportement qui le crée. En revanche, il ne veut pas, même à titre éventuel, la réalisation du risque, sans quoi il s'agirait d'une tentative d'homicide. Le dol éventuel ne suffit pas (ATF 107 IV 163 consid. 3 p. 165 ; arrêt 6B_876/2015 du 2 mai 2016 consid. 2.1 non publié aux ATF 142 IV 245 ; arrêt 6B_835/2018 du 8 novembre 2018 consid. 1.1.3 et les références).

L'acte est commis sans scrupules lorsque, compte tenu des moyens utilisés, des mobiles et de l'état de l'auteur ainsi que des autres circonstances, il apparaît comme contraire aux principes généralement admis des bonnes mœurs et de la morale (ATF 114 IV 103 consid. 2a p. 108). Plus le danger connu de l'auteur est grand et moins ses mobiles méritent attention, plus l'absence de scrupules apparaît comme évidente (ATF 107 IV 163 consid. 3 p. 164 ; arrêt du Tribunal fédéral 6S.16/2004 du 13 février 2004 consid. 2.4.1.).

La question de savoir si une mise en danger de la vie d'autrui par omission tombe sous le coup de l'art. 129 CP n'a pas été tranchée par le Tribunal fédéral (arrêts 6S.394/2003 du 18 mars 2004 consid. 2.1 et 6B_796/2013 du 30 juin 2014 consid. 2.1.1). La doctrine est toutefois sceptique face à une telle construction, privilégiant dans ces cas l'application des art. 127 CP (exposition) ou 128 CP (omission de prêter secours; cf. M. DUPUIS / L. MOREILLON / C. PIGUET / S. BERGER / M. MAZOU / V. RODIGARI (éds), *op.cit.*, n. 6 *ad* art. 129; A. MACALUSO / L. MOREILLON / N. QUELOZ (éds), *op.cit.*, n. 6 *ad* art. 129).

5.2. La recourante critique l'appréciation du Ministère public l'ayant amené à écarter l'existence d'une erreur d'appréciation ou d'une violation du devoir de prudence. Elle lui reproche également de ne pas avoir développé la question de la punissabilité, sous l'angle de l'art. 129 CP, d'une omission ayant conduit au décollement du placenta et au décès de E_____, ainsi que d'avoir "*balayé*", sans étayer sa position, le caractère volontaire et conscient de la mise en danger.

Indépendamment de la question de savoir si, le 10 avril 2016 au soir, il existait une probabilité sérieuse et imminente d'une mise en danger de la vie de la recourante, celle-ci n'expose pas les raisons pour lesquelles il faudrait considérer que B_____ – ou tout autre employé des HUG – aurait adopté, qui plus est intentionnellement, un comportement dénotant une absence particulière de scrupules. L'experte a confirmé que les soignants avaient procédé à tous les examens que l'on pouvait attendre d'eux, que le bilan médical avait été effectué de manière complète, exhaustive et soignée et que le tableau clinique n'était pas évident. B_____ a de son côté expliqué avoir

renvoyé la patiente à la maison car elle n'avait eu aucun doute sur son diagnostic, soit l'absence de pré-éclampsie.

Il n'apparaît ainsi pas qu'il existerait de quelconques soupçons de la réalisation des éléments constitutifs de l'infraction réprimée par l'art. 129 CP.

Le classement est justifié sur ce point.

6. La recourante soutient enfin que B_____ s'est rendue, à son endroit, coupable de lésions corporelles par négligence.

6.1. Bien que le Ministère public n'ait pas examiné les faits sous cet angle, cette infraction étant invoquée pour la première fois dans le cadre du recours, il y a lieu de l'aborder ici, la Chambre de céans appliquant le droit d'office (art. 391 al. 1 CPP). En outre, les faits dénoncés et les mesures d'enquêtes ordonnées ont englobé cette question – notamment sous l'angle du lien de causalité entre le comportement reproché à B_____ et le décollement du placenta –, laquelle a ensuite été développée de manière exhaustive par le Ministère public et l'intimée dans leurs observations.

6.2. 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.

6.2.1. Pour qu'il y ait négligence (art. 12 al. 3 CP), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 et les références citées).

L'auteur viole les règles de la prudence s'il omet, alors qu'il occupe une position de garant (art. 11 al. 2 et 3 CP) – comme cela est le cas du médecin et du personnel soignant à l'égard de leur patient (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1065/2013 du 23 juin 2014 consid. 1.1) – et que le risque dont il doit empêcher la réalisation vient à dépasser la limite de l'admissible, d'accomplir une action dont il devrait se rendre compte, de par ses connaissances et aptitudes personnelles, qu'elle était nécessaire pour éviter un dommage (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité et les références citées).

6.2.2. Pour déterminer concrètement l'étendue du devoir de prudence du médecin, 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 le patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que 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 dépendent 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).

La notion de manquement à ses devoirs ne doit cependant pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement *a posteriori*, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. 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. Lorsqu'un traitement ou une opération se révèle après coup comme inapproprié, voire erroné, il ne faut donc pas en déduire à la légère que le médecin répond du dommage. Le praticien ne manque à son devoir de diligence que si un diagnostic, une thérapie ou un autre acte médical n'apparaît plus défendable selon l'état général des connaissances de la branche, par exemple s'il ne discerne pas les symptômes typiques d'une maladie grave, prépare de manière insuffisante une opération qui ne s'impose pas, ou ne fait pas appel à un spécialiste (ATF 133 III 121 consid. 3.1; 113 II 429 consid. 3a p. 432; arrêts du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1 et 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et 2.3 ainsi que les références citées).

Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin d'avoir outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut ainsi pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge; le point décisif est, au contraire, la conclusion que le médecin devait tirer de la situation de fait au moment où il a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3; 130 IV 7 précité).

6.3. S'il y a eu violation des règles de la prudence, encore faut-il que celle-ci puisse être imputée à faute, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, d'avoir fait preuve d'un manque d'effort blâmable (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et les références citées).

6.4. Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et les lésions subies par la victime. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée. Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux

de la causalité naturelle et de la causalité adéquate. L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat. La causalité est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la survenance du résultat ou lorsqu'il serait simplement possible qu'il l'eût empêché (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et les références citées).

6.5. En l'espèce, tant l'experte que l'intimée admettent que les maux de tête sont un signe de pré-éclampsie, quand bien même les directives des HUG à disposition à la maternité n'en faisaient pas état. La recourante et sa mère soutiennent que ces symptômes étaient encore présents à son départ de l'hôpital, le 10 avril 2016 au soir, raison pour laquelle un Dafalgan® lui a été proposé à sa sortie par une employée de l'hôpital. La sage-femme du tri a toutefois noté dans son rapport que les céphalées étaient survenues en début d'après-midi, de manière discontinue et pas très forte; celle qui a mesuré la tension de la patiente pendant une heure n'a rien relevé de particulier à cet égard; quant à B_____, elle a inscrit spontanément dans le dossier à la fin de la consultation, alors qu'elle ignorait encore l'issue tragique qu'allait connaître la grossesse de la recourante, que les céphalées avaient disparu.

Les messages échangés par la recourante avec ses amies durant la soirée ne permettent pas de corroborer sa version, dans la mesure où, si de "*pires migraines*" sont décrites, s'agissant de la période précédant la consultation, elles ne sont plus évoquées pour la période postérieure, la recourante mentionnant uniquement se sentir "*pas bien*", "*pas top*", "*toute pâle*" et "*ne tenant pas debout*".

En toute hypothèse, même en admettant la réalité des céphalées au moment de la consultation, se poserait la question de savoir comment l'information a été transmise par la recourante au personnel soignant. Il ressort en effet des documents rédigés par la recourante que cette communication aurait été faite après les examens et entretiens avec G_____ et B_____, à la sage-femme présente alors qu'elle se rhabillait et quittait les Urgences (cf. plainte et courrier adressé à la direction générale des HUG le 27 mai 2016), ce que sa mère a confirmé lors de son audition par le Ministère public, en précisant que le Dafalgan® avait été proposé par la sage-femme qui les raccompagnait vers la sortie.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'éclaircir cette question.

La recourante ne précise pas exactement quelles les lésions corporelles subies seraient, selon elle, imputables à une omission de l'intimée et, plus largement, du personnel soignant des HUG.

Il ressort du dossier que la pré-éclampsie est une atteinte à l'intégrité mettant en danger la vie de la femme enceinte, mais qui n'a pas pour origine une action ou une omission d'un médecin, lequel peut uniquement en minimiser les effets. Sous cet

angle, aucune infraction pénale ne peut être retenue à l'encontre du personnel médical des HUG, la recourante ne souffrant encore d'aucune lésion corporelle le 10 avril 2016 au soir, et sa prise en charge à son arrivée aux Urgences, le 11 avril 2016, ayant été exempte de critiques.

L'experte a par ailleurs clairement indiqué que, même si l'existence de maux de tête aurait commandé d'hospitaliser la recourante pour une surveillance rapprochée, il n'existait aucun indice justifiant une césarienne d'urgence le 10 avril au soir, ni au demeurant d'élément commandant un examen spécifique du placenta. L'on ne saurait donc reprocher à B_____ de n'avoir pas procédé en ce sens.

L'experte a en outre déclaré sans équivoque qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'une hospitalisation aurait permis d'éviter un décollement placentaire et, consécutivement, la mort de E_____. En effet, le suivi et le développement des symptômes de pré-éclampsie auraient permis de dispenser un traitement par magnésium en intraveineuse pour faire baisser la tension artérielle, voire de décider de mettre un terme à la grossesse rapidement. L'experte a cependant ajouté que, de manière générale, si un tel traitement diminuait, indirectement, le risque de décollement du placenta, il ne le supprimait pas entièrement. Entendue par le Ministère public, elle a confirmé que, dans le cas présent, un traitement au magnésium n'aurait pas empêché le décollement placentaire, étant précisé qu'il était possible de passer, en l'espace de quelques heures, d'une absence de signe de pré-éclampsie à une pré-éclampsie sévère et que, dans la majorité des cas, cette complication, rare, de la pré-éclampsie ne pouvait ni être prédite, ni empêchée.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de considérer que le lien de causalité entre l'absence d'hospitalisation de la recourante et le décollement du placenta – qualifié de "*surprenant*" par l'experte – serait établi avec une vraisemblance suffisante, justifiant une mise en accusation pour lésions corporelles.

Dans la mesure où il a été constaté, lors de la césarienne pratiquée le 11 avril 2016, que le placenta était complètement décollé, il faut de plus admettre qu'une hospitalisation, si elle avait permis une intervention plus rapide, n'aurait néanmoins pas permis de sauver l'enfant, le décès étant, dans un tel cas de figure, causé par l'interruption de la supplémentation fœtale en oxygène et, partant, survenu *quasi* immédiatement.

Le classement prononcé par le Ministère public est, par conséquent, justifié, les mesures d'enquêtes proposées par la recourante n'étant pas à même de modifier ce constat.

7. Justifiées, les ordonnances querellées seront donc confirmées.

8. La recourante, qui succombe, supportera les frais envers l'État, fixés en totalité à CHF 1'500.- (art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale, RTFMP ; E 4 10.03).

9. L'intimée sollicite l'octroi d'une indemnité de CHF 2'250.- HT au titre de ses frais d'avocat pour la procédure de recours.

9.1. Selon l'art. 429 al. 1 let. a CPP, le prévenu a droit à une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure, cette indemnisation visant les frais de la défense de choix (M. NIGGLI / M. HEER / H. WIPRÄCHTIGER, *Schweizerische Strafprozessordnung / Schweizerische Jugendstrafprozessordnung*, Basler Kommentar StPO/JStPO, 2ème éd., Bâle 2014, n. 12 *ad* art. 429). L'autorité pénale examine d'office celles-ci. Le juge ne doit ainsi pas avaliser purement et simplement les notes d'honoraires qui lui sont le cas échéant soumises, mais, au contraire, examiner si l'assistance d'un conseil était nécessaire puis, dans l'affirmative, apprécier objectivement la pertinence et l'adéquation des activités facturées, par rapport à la complexité juridique et factuelle de l'affaire et, enfin, dire si le montant des honoraires réclamés, même conforme au tarif pratiqué – un taux horaire de CHF 450.- est à cet égard admis par la Chambre de céans pour l'avocat chef d'étude (ACPR/112/2014 du 26 février 2014) –, est proportionné à la difficulté et à l'importance de la cause, c'est-à-dire raisonnable au sens de la loi (cf. ACPR/140/2013 du 12 avril 2013).

9.2. En l'espèce, compte tenu de la gravité des accusations pesant sur l'intimée et du caractère technique de l'analyse juridique à laquelle s'est livrée son avocat dans sa prise de position, l'activité déployée doit être considérée comme adéquate et respecte les principes rappelés ci-dessus.

Une indemnité de CHF 2'423.- TTC sera donc allouée à l'intimée, à la charge de l'État (ATF 139 IV 45 consid. 1.2; arrêt du Tribunal fédéral 6B_357/2015 du 16 septembre 2015 consid. 2.2).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA COUR :

Rejette les recours, dans la mesure de leur recevabilité.

Condamne A_____ aux frais de la procédure de recours, arrêtés en totalité à CHF 1'500.-.

Dit que ce montant sera prélevé sur les sûretés versées.

Alloue à B_____, à la charge de l'État, une indemnité de CHF 2'423.-, TVA à 7,7 % incluse.

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, à A_____ et B_____, soit pour elles leurs conseils respectifs, à D_____ et au Ministère public.

Siégeant :

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Monsieur Christian COQUOZ et Madame Daniela CHIABUDINI, juges; Monsieur Xavier VALDES, greffier.

Le greffier :	La présidente :
Xavier VALDES	Corinne CHAPPUIS BUGNON

Voie de recours :

Le Tribunal fédéral connaît, comme juridiction ordinaire de recours, des recours en matière pénale au sens de l'art. 78 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 78 à 81 et 90 ss LTF. Le recours doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète de l'arrêt attaqué.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF).

P/12698/2016 **ÉTAT DE FRAIS**

COUR DE JUSTICE

Selon le règlement du 22 décembre 2010 fixant le tarif des frais en matière pénale (E 4 10.03).

Débours (art. 2)		
- frais postaux	CHF	10.00
Émoluments généraux (art. 4)		
- délivrance de copies (let. a)	CHF	
- délivrance de copies (let. b)	CHF	
- état de frais (let. h)	CHF	75.00
Émoluments de la Chambre pénale de recours (art. 13)		
- décision sur recours (let. c)	CHF	1'415.00
-	CHF	
Total	CHF	**1'500.00**