

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

P/9345/2017

ACPR/51/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du mardi 21 janvier 2020

Entre

A_____, **B**_____ et **C**_____, domiciliés à Genève, comparant par M^e D_____,
avocate,

recourants,

contre l'ordonnance de classement rendue le 19 juillet 2019 par le Ministère public,

et

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

intimé.

EN FAIT :

- A.** Par acte expédié au greffe de la Chambre de céans le 29 juillet 2019, A_____, B_____ et C_____ recourent contre l'ordonnance rendue par le Ministère public le 19 juillet 2019, notifiée trois jours plus tard, par laquelle cette autorité a classé la plainte qu'ils avaient déposée à la suite du décès de leur mère et ex-épouse, E_____, le _____ 2017.

Les recourants concluent à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause au Ministère public, en vue de procéder à divers actes d'instruction, dont une expertise complémentaire, et à la mise en prévention [de l'hôpital] F_____ ainsi que des docteurs G_____ et H_____.

- B.** Les faits pertinents suivants ressortent du dossier :

a. Le 24 avril 2017, E_____, née le _____ 1956, est entrée [à l'hôpital] F_____, en chirurgie digestive, pour une cure de hernie ombilicale avec pose de filet réalisée par laparoscopie. L'intervention, pratiquée par les docteurs G_____ et H_____, s'est déroulée le même jour et a duré 47 minutes.

b. Le 26 avril 2017, la patiente a présenté des douleurs abdominales diffuses. Dans la soirée, sont apparus des signes de choc avec une hypotension artérielle associée à une oligo-anurie. La patiente présentait aussi une insuffisance respiratoire aigüe. Un bilan a été pratiqué et a révélé un syndrome inflammatoire majeur et un scanner abdominal réalisé en urgence a montré "*une dilatation d'anses jéjunales et un small bowel faeces sign en amont d'un segment autour duquel sont regroupées de nombreuses bulles d'air, associé à un pneumopéritoine plus étendu, dont la quantité semble disproportionnée par rapport à l'intervention*" subie. La patiente a été en conséquence transférée aux soins intensifs puis au bloc opératoire d'urgence. Elle a subi trois interventions les 27, 28 et 29 avril 2017. E_____ est décédée le _____ 2017 à 16h38 (cf. lettre de décès [de l'hôpital] F_____ du 12.05.2017).

c. La présente procédure a été aussitôt ouverte par le procureur de permanence, du chef d'homicide par négligence, et une autopsie a été ordonnée. Celle-ci ayant été effectuée le 3 mai 2017 et les examens histologiques, microbiologiques et toxicologiques étant en cours, le Procureur a ordonné le même jour la levée de la mise en sûreté du corps et sa remise à la famille. Le 23 mai 2017, il a rendu une ordonnance de séquestre et de dépôt de l'ensemble du dossier médical de la défunte. [L'hôpital] F_____ le lui [a] fait parvenir, en copie, le 29 août 2017, après levée du secret professionnel par la commission ad hoc.

d. Le 19 mai 2017, C_____ , ex-époux de la défunte, A_____ et B_____, leurs fils, ont déposé plainte pénale contre inconnu et se sont constitués parties plaignantes tant au civil qu'au pénal.

e. Trois rapports histologiques ont été rendus par les docteurs I_____ et J_____ le 9 mai 2017. Dans l'un d'eux, soit l'examen de 10 centimètres d'intestin grêle avec une perforation, il est mentionné en guise de diagnostic : "*Intestin grêle avec perforation (B) : Lacération focale de la paroi de l'intestin grêle avec des modifications marquées secondaires de la muqueuse (oedème, congestion et nécrose aiguë) ainsi qu'une péritonite fibrino-suppurative (c.f. image 3). Absence d'artéfacts d'électro-cautérisation*" (rapport 1_____). Les deux autres concernaient l'analyse d'une "*hémicolectomie droite élargie au transverse*" et "*une recoupe iléon terminal*" (rapport 2_____) et celle d'un segment de "*grêle*" et de la vésicule biliaire (rapport 3_____), tous deux concluant notamment à un infarctus muqueux de type ischémique de l'intestin grêle et à une péritonite fibrino-suppurative aiguë.

f. La lettre de sortie [de l'hôpital] F_____ du 10 mai 2017 résume l'évolution de l'état de E_____. Il y est notamment mentionné, pour le premier jour, une oligurie, qui motive un sondage aller-retour sur la nuit qui ramène 100cc, les restes des paramètres étant dans la norme, hormis une douleur postopératoire difficilement soulagée par antalgie simple. Le lendemain, une amélioration de la symptomatologie douloureuse est relevée alors que l'examen clinique révèle un abdomen légèrement douloureux à la palpation profonde de manière diffuse sans signe de péritonisme notamment sans détente ni défense.

La patiente a été vue dans la journée par le Dr H_____, qui l'a rassurée sur son décours postopératoire.

Les constantes étaient alors dans la norme. Un examen effectué dans l'après-midi ("*bladder scan*") n'a pas montré de rétention urinaire. Une recommandation d'apports hydriques accrus a été formulée, la patiente disant ne pas avoir bu suffisamment. Elle se nourrissait normalement.

Le surlendemain, une reprise de la diurèse en quantité minimale a été observée. L'examen physique montrait à nouveau un ventre souple sans détente ni défense et toujours légèrement douloureux à la palpation. Les constantes étaient dans la norme et il n'existait pas d'état fébrile. Dans l'après-midi, la patiente n'était plus confortable sous Q_____® [opioïde] et la médication a changé, passant au R_____® [opioïde]. Dans la soirée, il a été constaté "*étonnement à nouveau une récurrence de douleur abdominale avec une altération des signes vitaux*". La patiente a été évaluée par la garde de chirurgie viscérale et une gazométrie a montré "*une acidose sévère avec lactates et qui constate l'apparition d'une hypotension*". Un scanner abdominal a été effectué en urgence puis, après l'examen radiologique, la patiente a été acheminée au bloc opératoire "*en urgence 0 pour une suspicion de perforation intestinale*". Malgré trois reprises chirurgicales, la situation de la patiente ne s'est pas améliorée et il a été décidé d'un retrait thérapeutique, en accord avec la famille, clairement informée.

ga. Selon le rapport d'autopsie du 17 novembre 2017 du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, les renseignements contenus dans le dossier médical

de E_____ auprès [de l'hôpital] F_____ montrent qu'elle présentait une hernie ombilicale de longue date. Elle s'était présentée à la consultation de chirurgie viscérale, le 14 septembre 2016, en raison d'une symptomatologie douloureuse. Une indication de cure de hernie ombilicale avait été retenue en raison de ces douleurs. Il était noté que cette patiente était polymorbide, souffrant d'une obésité morbide (IMC à 40 kg/m² [le rapport mentionne un corps d'environ 150 cm et d'un poids de 111 kg]), d'une hypertension artérielle traitée, d'un diabète de type II non insulino-requérant, d'un syndrome restrictif pulmonaire non appareillé, d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec un VEMS à 65 % en 2017 et de lésions de psoriasis. En raison de l'obésité morbide présentée, il avait été décidé de procéder à une laparoscopie abdominale avec mise en place d'un filet intrapéritonéal. Le rapport d'autopsie décrit ensuite les interventions chirurgicales successives et mentionne dans la discussion *"que dans le compte-rendu opératoire du 29 avril 2017, la perforation grêle était décrite comme iatrogène suite à une cure de hernie ombilicale par laparoscopie le 24 avril 2017"* (rapport d'autopsie, p. 29). En conclusion, l'ensemble des données réunies permettait aux experts de rapporter le décès de E_____ à une défaillance multiple d'organes dans le contexte d'une péritonite fibrinosupplicative aiguë postopératoire. La perforation de l'intestin grêle, mise en évidence dès le 27 avril 2017 était, en toute vraisemblance, à l'origine de la péritonite.

gb. Entendu par le Procureur le 3 juin 2019, l'auteur principal du rapport d'autopsie, le Dr K_____, a précisé avoir eu accès à l'ensemble du dossier médical informatisé [de l'hôpital] F_____, duquel il avait pris uniquement les informations nécessaires. Il ne savait pas qui avait assuré le suivi de la défunte de sa sortie du bloc opératoire jusqu'à l'intervention du Dr L_____ le 26 avril 2017, cette information n'étant pas forcément nécessaire dans le cadre de sa mission. Il n'avait pas non plus la liste de tous les contrôles effectués, pour les mêmes motifs.

À la question de savoir s'il avait des informations s'agissant de l'origine exacte de la perforation, il n'en avait pas s'agissant de la cause, ayant uniquement l'information d'une lésion iatrogénique, située dans l'intestin grêle, à environ 170 cm du treitz et 130 cm de la valvule iléo caecale. Il était très difficile de savoir si la lésion était proche du nombril, car les intestins bougeaient et également très difficile de dire comment ils bougeaient. Il n'avait vu que très partiellement le morceau prélevé dans lequel il y avait la perforation.

ha. Le rapport d'expertise médico-légale, confiée [à] M_____, chef de service à la direction de chirurgie viscérale [de l'hôpital] N_____ et O_____, [médecin auprès] du Centre universitaire romand de médecine légale, a été reçu par le Ministère public le 2 novembre 2018. Il met en exergue l'état de poly-morbidité de E_____, en précisant que l'obésité était un facteur de risque de l'hypertension, du diabète, d'un syndrome pulmonaire restrictif et d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil. C'était en même temps un facteur de risque classique pour la survenue de hernies ombilicales, en raison de l'augmentation de la pression intra-abdominale et il était

assez fréquent de retrouver ce type de patient lors d'une prise en charge chirurgicale de hernies.

En se référant au compte-rendu opératoire, l'intervention du 24 avril 2017 avait été effectuée selon les experts en suivant l'approche standard et en utilisant les procédures recommandées. E_____ avait signé un consentement opératoire pour l'intervention électorale initiale.

Toutes les opérations effectuées sur la patiente étaient indiquées et nécessaires. Elles avaient été effectuées selon les règles de l'art et avec diligence. Entre la première opération et l'intervention du 27 avril 2017, une complication était apparue, sous forme d'une perforation intestinale dont l'origine était probablement une blessure thermique avec perforation en deux temps, complication qui avait nécessité des prises en charge chirurgicales urgentes et répétées, sous forme d'exploration avec lavage de la cavité abdominale, résection étendue du grêle et du colon, cholécystectomie, traitement antibiotique et prise en charge en soins intensifs. Le temps écoulé entre l'apparition des douleurs intestinales et la prise en charge chirurgicale du 27 avril 2017 (6 à 7 heures) aurait pu être raccourci, sans qu'il soit possible, a posteriori, de prédire l'impact que cela aurait eu sur la survie de la patiente compte tenu de l'ensemble de ses comorbidités.

Répondant plus spécifiquement aux questions 3 et 4 de la mission d'expertise, les experts ont précisé que l'opération de cure de hernie ombilicale du 24 avril 2017 était indiquée et, en se basant sur le compte-rendu de l'intervention, qu'elle avait été effectuée selon les règles de l'art. À la question suivante, soit de savoir s'il était possible de déterminer la cause des complications survenues après cette opération, ils ont répondu ainsi : *"L'origine des complications est rapportée comme étant une perforation intestinale. Il y a plusieurs gestes qui peuvent être à l'origine de cette perforation mais, au vu du contexte, l'hypothèse qui nous semble la plus probable est une lésion thermique de la paroi intestinale"*. La perforation intestinale était une complication de la laparoscopie à considérer comme fréquente, estimée entre 1,78% et 6%, comme décrite dans les directives internationales. Le pourcentage de perforations non reconnues se situait entre 0,68% et 2,9% alors que les complications telles que survenues en l'espèce (sepsis, infarctus intestinal, défaillance organique) étaient beaucoup plus rares (rapport p. 20, question 6).

En référence à la question 10, citant la lettre de décès du 12 mai 2017 qui mentionnait la mise en évidence le 27 avril 2017 d'une péritonite stercorale de toute la cavité, il était demandé aux experts si la nécrose colique, les lésions nécrotiques et les nouvelles zones de souffrance de l'intestin grêle mises en évidence lors des opérations des 28 et 29 avril 2017 étaient la conséquence de la péritonite stercorale ; ils ont répondu négativement. Selon eux, ces constats étaient la conséquence de l'insuffisance multiorganique et non pas d'une péritonite stercorale directement, et donc plutôt la conséquence de l'aggravation de la situation de la patiente. Il n'était pas possible de les mettre en évidence avant les interventions des 28 et 29 avril 2017.

Finalement, les experts ont observé que le seul point à critiquer en l'occurrence était le temps qui s'était écoulé entre l'apparition des douleurs le 26 avril 2017 vers 18h00 et le moment de l'opération 6 à 7 heures plus tard. Dans les cas d'une péritonite stercorale, les chances de survie diminuaient avec une augmentation du délai entre le diagnostic et la prise en charge chirurgicale, ajoutant : "*Malgré le fait que ce délai peut paraître long par rapport au temps hypothétique souhaité d'une prise en charge en urgence (tel que nécessité dans le cas d'une suspicion de perforation intestinale), ce délai correspond à la « vraie vie » hospitalière. En effet, il est difficile d'organiser une opération plus rapidement et le tournus de médecins sur place nécessite une communication plus étendue qui rend la décision d'opération plus longue*" (rapport p. 21). Cela étant, même si d'un point de vue théorique une intervention chirurgicale plus rapide aurait augmenté les chances de survie de la patiente, il n'était pas possible de les quantifier, ni de savoir si les autres complications ne se seraient pas présentées et donc si sa vie aurait été épargnée.

hb. Entendus par le Procureur le 3 juin 2019, les experts ont confirmé leur rapport.

Le [docteur] M_____ a précisé que la durée de la première opération, de 47 minutes, était dans les normes pour ce type d'intervention avec ce type de patient. Selon les informations figurant au dossier, E_____ avait été vue par les infirmières de l'étage après l'opération, lesquelles avaient procédé à quelques inscriptions. Il n'était pas noté qu'un médecin serait intervenu avant le 26 avril 2017, lorsque la patiente allait moins bien après la prise d'analgésique. Cet expert a ajouté que, dans la règle, le médecin opérateur rendait visite à sa patiente après, sans que cela figure forcément dans les documents.

Il a confirmé que le choix de l'opération était, en raison de l'excès pondéral de la patiente, justifié, les résultats d'une laparoscopie étant en général meilleurs que par voie ouverte. Le chirurgien l'avait d'ailleurs relevé puisque, dans le compte rendu opératoire, il avait indiqué notamment le BMI de la patiente. La présence de cicatrices antérieures pouvait avoir un impact sur le choix de l'opération, en pratique. Dans le cas d'espèce, la patiente souffrait de plusieurs pathologies, raison pour laquelle il convenait de recourir à la technique la moins invasive, ce qui est le cas pour la laparoscopie. Si des adhérences issues de précédentes opérations étaient découvertes en cours d'intervention, cela valait la peine de les libérer car les résultats étaient meilleurs. Les deux césariennes qu'avait subies la patiente ne pouvaient pas avoir d'impact.

Poursuivant, le [docteur] M_____ a expliqué que, pour une laparoscopie, il y a plusieurs techniques utilisées pour mettre du CO₂ dans le ventre. En l'espèce, les médecins avaient utilisé la technique pratiquée en Suisse, appelée "*open laparoscopie*", dont le but est de ne rien introduire à l'aveugle, raison pour laquelle on introduit d'abord un trocart optique puis du CO₂. En présence de difficultés, il est possible de changer de stratégie mais ce n'était pas le cas en l'espèce.

L'expert a déclaré qu'il n'y avait aucun élément dans le descriptif de l'opération qui leur permettait d'affirmer l'origine de la perforation, renvoyant aux hypothèses émises dans le rapport. Il a, cela étant, indiqué que la perforation n'était très certainement pas due à l'introduction du trocart car une telle perforation était visible de suite et donc immédiatement réparable, sans aucune conséquence. Dans le cas d'espèce, l'hypothèse d'une perforation au moyen du trocart était hautement improbable. L'expert a ajouté que, dans les différentes expertises qu'il avait effectuées, il avait remarqué qu'il y avait pratiquement toujours une rupture en deux temps.

L'utilisation d'une pince bipolaire était une manière peu traumatique de coaguler les petits vaisseaux sanguins. Dans les ruptures en deux temps, soit une pince quelconque causait une perforation soit un instrument chaud touchait la paroi intestinale, provoquant une nécrose qui ensuite fragilisait cette paroi pouvant amener à une perforation entre un et cinq jours après l'opération. Il n'était pas possible en présence d'une perforation de savoir si elle avait été causée par un instrument chaud. Il était possible de voir au moment même où l'instrument chaud touchait la paroi intestinale un petit point blanc mais, les intestins étant en permanence en mouvement, ce point pouvait ensuite être perdu de vue. En revanche, si la perforation était effectuée en un seul temps, même toute petite, et qu'elle ne pouvait être vue, du liquide intestinal s'écoulait, constituant une alerte et poussant à explorer pour trouver la perforation.

Pour les mêmes raisons, si la patiente avait été victime d'une perforation en un temps à la fin de l'opération, les médecins l'auraient vue immédiatement. Un autre élément amenait l'expert à dire qu'il ne s'agissait pas d'une perforation en un temps : le fait que la patiente avait visiblement bien répondu aux antidouleurs qui n'étaient pas très forts. Si du jus intestinal s'était écoulé déjà à ce moment-là, comme le 26 avril 2017, ses douleurs auraient été très violentes et les analgésiques n'auraient pas suffi à la calmer.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'expert considérait qu'il s'était très vraisemblablement agi d'une perforation en deux temps. Il était hautement improbable de ne pas voir une perforation en un temps dans l'immédiat, ni au cours de l'opération, ni après dans le post-opératoire. Lorsque le conseil des plaignants lui a demandé s'il était possible de ne pas la voir, l'expert a répondu "*que tout est possible*".

Le fait que les fils de la défunte avaient entendu leur mère se plaindre de maux de ventre les 24 et 25 avril 2017 ne changeait pas la position des experts. Après une telle opération, il était normal d'avoir mal. Lorsque la défunte avait été examinée par un médecin le 25 avril 2017, celui-ci n'avait pas trouvé de signe pour dire qu'il y avait du liquide intestinal dans le ventre, ce que le [docteur] M_____ déduisait du document appelé "*note de suite simple*" et rédigé par des médecins assistants et chefs de clinique de l'unité.

L'expert a également précisé, en lien avec la prise en charge de la patiente, que les infirmières en chirurgie travaillaient en étroite collaboration avec les chirurgiens et étaient parfaitement formées pour reconnaître les différents types de douleurs. Dans le cas d'espèce, au regard des notes des infirmières du 24 avril 2017 à 21 h32 où il est indiqué "*première levée*", cet acte se serait révélé impossible si la patiente avait eu du liquide intestinal déjà à ce moment-là. Elle avait par la suite reçu du Q_____, ce qui l'avait soulagée et il n'y avait alors aucune raison d'alerter un médecin de garde.

Pour l'expert, les choses s'étaient gâtées à partir du 26 avril 2017 en fin d'après-midi car, le jour même, à 13h11, les infirmières discutaient de la sortie de la patiente, ce qui suggérait qu'elle n'avait alors pas de liquide intestinal car autrement cela se serait vu. Ensuite, à 19h18, différents examens ont été effectués avant que la patiente ne soit emmenée d'urgence en salle d'opération. Il a donc dû se passer quelque chose entre 13h11 et la fin de l'après-midi. La première alarme a été donnée à 18h17 par le médecin le 26 avril 2017.

Selon l'expert, il n'était pas possible, avec une probabilité confinante à la certitude, qu'un patient puisse se lever avec l'aide d'infirmiers s'il avait du liquide intestinal en lui.

Après une opération du ventre, il pouvait s'écouler entre un et cinq jours avant de pouvoir se rendre normalement aux toilettes, même avec une laparoscopie. Des patients nécessitaient un lavement alors que d'autres n'étaient pas gênés. Dans le cas d'espèce, le problème rencontré par la patiente se situait encore dans ce qui était considéré comme étant normal en termes de délai, concernant les selles.

A la question de savoir comment l'état de santé de la patiente avait pu se dégrader aussi vite et que tout son corps ait été infecté, l'expert a expliqué que les corps humains étaient tous différents, réagissaient différemment et avaient des marges de réserve pour répondre aux infections différentes. Dans le cas de E_____, la perforation avait eu lieu dans le petit intestin, duquel s'écoulait un liquide verdâtre. Pour certaines personnes, la réaction allait se faire en très peu de temps et le corps ferait une réaction foudroyante, dans d'autres cas, cela pouvait prendre un peu plus de temps. Pour E_____, son excès pondéral et ses autres pathologies, à savoir chaque "*petite*" pathologie, même si elles ne l'empêchaient pas d'être très énergique dans la vie de tous les jours, réduisaient tout de même sa marge de réponse à l'infection. Il avait été personnellement impressionné de voir comment la réaction était foudroyante. Il s'agissait d'un processus qui se mettait en route à l'intérieur du corps et qui était difficile d'arrêter, même avec des antibiotiques comme ceux qui avaient été administrés à la patiente.

S'agissant des causes du décès, l'expert a précisé que, en présence d'un trou et du liquide infecté s'en échappant, tout une "*chaîne infernale*" se mettait en route dans le corps, notamment avec les globules blancs et les organes dit secondaires, lesquels allaient recevoir moins de sang et mourir petit à petit, ce qui expliquait que la partie

du gros intestin était morte. Cela commençait donc par un trou pendant l'opération fait par un chirurgien, complication qui pouvait survenir dans 1 à 5% des cas. Ici, une fois le problème devenu manifeste, les médecins avaient entrepris tout ce qu'il fallait pour essayer de sauver une vie.

Selon [le docteur] O_____, les chirurgiens n'avaient commis aucune erreur dans la prise en charge de la patiente mais n'étaient pas irréprochables dans la communication avec la famille, avis partagé par son collègue.

Ce dernier a encore expliqué que le liquide qui s'échappait d'une petite perforation était chimiquement très actif et inflammatoire, ce qui provoquait une grosse réaction dans le corps. Dans un délai d'une à deux heures, on pouvait avoir une réaction "*monstrueuse*" du corps qui sécrétait de la fibrine pour pouvoir "*boucher*" cette perforation. En seulement deux heures, cela commençait à coller dans les différents organes et à sentir très mauvais. La possibilité pour le corps de répondre à cette réaction inflammatoire variait d'une personne à une autre. Dans le cas de E_____, son diabète grave, même s'il n'était pas la cause du décès, avait contribué à celui-ci dans la mesure où son corps réagissait moins bien ; à cela s'ajoutaient les autres pathologies. Mais des personnes jeunes et en bonne santé pouvaient aussi décéder après ce type de problème.

Après que le liquide s'échappait, une péritonite fibrineuse survenait localement entre une à deux heures, avec toutes les réactions inflammatoires qui allaient avec. Le processus inflammatoire, qui attaque les autres organes, va différer d'un patient à un autre. Ici, il y avait eu un laps de temps très rapide dû aux différentes pathologies. Pour un patient plus jeune, cela aurait peut-être pu prendre un peu plus de temps mais cela allait de deux à six heures maximum, rarement plus.

Si l'annonce des problèmes avait été donnée plus tôt, on aurait peut-être pu gagner, tout au plus, une ou deux heures, mais, malheureusement, en raison des différentes pathologies, l'expert n'était pas sûr qu'on aurait pu sauver cette patiente. S'agissant du temps de réaction en lui-même, il s'agissait d'un temps dans la norme que l'on retrouvait dans les différents grands hôpitaux en Suisse.

Finalement, le [docteur] M_____ a précisé qu'[à l'hôpital] N_____, plus de 80% des interventions se faisaient sur la base d'un itinéraire clinique où tout était protocolé et noté et il pensait que [l'hôpital] F_____ [fonctionnait] de la même manière.

i. Le 13 novembre 2018, le Ministère public a annoncé aux plaignants son intention de clôturer l'instruction et de rendre une ordonnance de classement. Dans le délai imparti, le conseil des recourants a requis le séquestre du dossier pénal, une expertise complémentaire de l'intestin grêle, l'apport des protocoles médicaux relatifs au suivi post-opératoire d'une laparoscopie, l'audition des médecins-légistes et des experts ayant procédé à l'expertise médico-légale, l'audition des parties plaignantes et

de P_____, belle-fille de la défunte. Après avoir partiellement accédé à cette requête en entendant les médecins-légistes, les experts et les parties plaignantes, le Procureur a rendu, le 19 juillet 2019, une ordonnance de refus d'administration de preuves, considérant qu'il n'y avait pas lieu de séquestrer le dossier pénal puisque tant les médecins-légistes que les experts avaient eu accès à l'ensemble du dossier, que les experts avaient mentionné, s'agissant de l'expertise complémentaire de l'intestin grêle, que cet élément avait été utilisé pour les analyses et n'était plus disponible, que l'apport des protocoles relatifs au suivi postopératoire n'était d'aucune utilité dès lors qu'ils avaient été portés à la connaissance des experts et des médecins-légistes, lesquels en avaient tenu compte pour rédiger leurs rapports et que l'audition de P_____ ne pouvait porter sur des faits pertinents, soit une éventuelle erreur médicale commise en salle d'opération.

- C. Dans sa décision querellée, le Procureur a pris en compte le rapport d'autopsie du 17 novembre 2017 et le rapport d'expertise médico-légale dressé le 29 octobre 2018, duquel il ressort que les différentes interventions chirurgicales avaient été diligentées de manière adéquate, que la perforation intestinale était survenue en raison d'une lésion thermique de la paroi intestinale et que le délai de prise en charge entre l'apparition des douleurs et l'opération du 27 avril 2017 correspondait à "*la vraie vie hospitalière*". Se référant à l'audience d'instruction du 3 juin 2019 au cours de laquelle il avait été notamment procédé à l'audition des médecins-légistes et des experts mandatés par le Ministère public, ce dernier a retenu, tout d'abord, que les médecins-légistes n'avaient pas pu déterminer, lors de l'autopsie, la cause précise et le lieu de la perforation de l'intestin grêle de la défunte alors que les experts avaient indiqué ne pas avoir trouvé dans le dossier médical un élément permettant d'affirmer l'origine de la perforation. Selon ces derniers, dès que la complication post-opératoire de la défunte était devenue manifeste, les médecins avaient entrepris "*ce qu'il fallait*" pour sauver une vie ; les chirurgiens n'avaient pas fait d'erreur dans la prise en charge de la patiente mais seulement dans la communication avec la famille. En conséquence, les experts avaient confirmé les termes de leur rapport d'expertise du 29 octobre 2018 à teneur duquel aucune faute, même par négligence, ne pouvait être reprochée aux médecins et/ou personnel médical. Pour ces motifs, le Ministère public a considéré que les conditions de réalisation de l'infraction d'homicide par négligence, au sens de l'art. 117 CP ou de toute autre infraction réprimée par le Code pénal ou par toute autre loi spéciale n'étaient pas réunies et a classé la procédure en vertu de l'art. 319 al. 1 let. b CPP, les frais restant à la charge de l'État.
- D. a. À l'appui de leurs écritures, les recourants considèrent que les faits ne sont pas suffisamment établis et qu'une suspicion manifeste de négligence ayant entraîné la mort subsistait. E_____ avait été victime d'une lésion directe en un temps de son intestin grêle du fait de l'intervention des médecins, et non pas d'une lésion thermique, et les médecins auraient dû s'en rendre compte immédiatement, commettant ainsi deux fautes causales ayant entraîné le décès. Par ailleurs, la prise en charge post-opératoire de la patiente s'était avérée défailante, notamment en raison

des douleurs et des symptômes apparus et de l'inexistence d'un suivi adéquat par un médecin. Il convenait en conséquence d'enquêter sur ces éléments, notamment en ordonnant une expertise complémentaire destinée à déterminer si la prise en charge post-opératoire avait été adéquate et si la perforation était la conséquence d'une lésion directe en un temps. Il fallait aussi entendre les médecins qui avaient pratiqué la première opération, les auteurs du rapport histologique du 9 mai 2017 et les deux infirmières qui avaient été témoins des souffrances de la patiente. Il importait encore que le Procureur ordonne l'apport du protocole écrit du suivi post-opératoire [de l'hôpital] F_____ suite à une laparoscopie.

b. La cause a été gardée à juger, sans échange d'écritures ni débats.

EN DROIT :

1. Le recours est recevable pour avoir été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP), concerner une décision sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al. 1 let. a CPP) et émaner des parties plaignantes qui, parties à la procédure (art. 104 al. 1 let. b CPP), ont qualité pour agir, ayant un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation de la décision querellée (art. 382 al. 1 CPP; arrêt 6B_307/2019 du 13 novembre 2019 destiné à la publication).
2. La Chambre pénale de recours peut décider d'emblée de traiter sans échange d'écritures ni débats les recours manifestement irrecevables ou mal fondés (art. 390 al. 2 et 5 *a contrario* CPP). Tel est le cas en l'occurrence, au vu des considérations qui suivent.
3. Les recourants sollicitent une nouvelle expertise ou, à tout le moins, un complément de celle qui figure au dossier.

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

La jurisprudence développée sous l'égide de l'ancien code de procédure pénale genevoise (aCPP) reste d'actualité. En effet, l'art. 76 aCPP permettait aussi au juge, par renvoi de l'art. 82 aCPP, d'ordonner un nouvel examen par les premiers experts ou par d'autres, notamment lorsque les constatations ou les conclusions de l'expertise étaient incomplètes. Il a ainsi été jugé qu'une expertise nouvelle ne pouvait être, exceptionnellement, ordonnée que s'il existait des "*raisons sérieuses de douter du bien-fondé*" de la première expertise; il n'existait pas de droit à une pluralité d'expertises (OCA/37/2002 du 7 février 2002 consid. 4; OCA/28/2002 du 30 janvier 2002 consid. 2; OCA/36/2000 du 9 février 2000; G. PIQUEREZ, *Procédure pénale suisse, 2ème édition, 2007*, p. 421 no 625-626; HARARI/ROTH/

STRAULI, *Chronique de procédure pénale genevoise 1986-1989*, SJ 1990 p. 448; DINICHERT/ BERTOSSA/ GAILLARD, *Procédure pénale genevoise*, SJ 1986 p. 476). Une nouvelle expertise portant sur le même objet et destinée à éclairer les mêmes questions que celles qui avaient été posées lors de la première mission n'était susceptible d'être ordonnée que lorsque la première expertise (même avec un complément) était jugée trop imprécise ou incomplète et que le rapport n'emportait pas conviction et qu'il était susceptible d'être mis en cause. Le juge devait nourrir des doutes sérieux sur le résultat de la première expertise pour en ordonner une nouvelle, confiée à de nouveaux experts. La première expertise devait donc apparaître comme inexacte ou incomplète sur des faits pertinents (ACPR/233/2014 du 6 mai 2014; G. PIQUEREZ, *ibidem*).

3.2. En l'espèce, rien ne permet de mettre en doute les conclusions des experts, lesquels ont été longuement entendus et n'ont pas modifié leurs conclusions ni été mis en face de contradiction ou mécontente. L'expertise ayant été rendue conformément aux critères précités, il n'y a pas à ordonner une nouvelle expertise ou un complément à celle-ci. La seule référence par les recourants à un examen histologique mentionnant une absence d'artéfacts d'électro-cautérisation ne suffit pas à faire douter de la pertinence des constats des experts ni à mettre en évidence une faute des médecins ayant pratiqué la première intervention ou encore une violation causale par le personnel soignant de ses obligations.

En définitive, les recourant n'établissent pas, ni même ne rendent vraisemblable, que l'expertise serait incomplète, peu claire ou qu'il y aurait lieu de douter de son exactitude, au sens de l'art. 189 CPP, de sorte que leur requête sera, sur ce point, rejetée.

4. Les recourants considèrent que de forts soupçons peuvent être retenus contre les médecins ayant pratiqué la première opération et que la prise en charge post-opératoire de la patiente s'était révélée défailante, de sorte qu'il n'était pas possible de prononcer un classement.

4.1. L'art. 319 al. 1 CPP prévoit que le Ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure lorsqu'aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a) ou lorsque 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 ne peut être prononcé que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Un soupçon, même impropre à fonder un verdict de culpabilité, suffit donc, s'il présente quelque solidité, à justifier la poursuite de l'enquête et à exclure un classement sur la

base de l'art. 319 al. 1 let. a CPP (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2; A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), *Commentaire romand : Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 5 ad art. 319; arrêt du Tribunal fédéral 6B_588/2007 du 11 avril 2008 consid. 3.2.3, publié in Praxis 2008 n. 123).

Le ministère public jouit dans ce cadre d'un large pouvoir d'appréciation et doit se demander si une condamnation semble plus vraisemblable qu'un acquittement. Cette question est particulièrement délicate lorsque les probabilités d'un acquittement ou d'une condamnation apparaissent équivalentes. Dans de tels cas, pour autant qu'une ordonnance pénale n'entre pas en considération (art. 352 al. 1 CPP), le ministère public est en principe tenu de mettre le prévenu en accusation, en application de l'art. 324 CPP, en particulier en présence d'infractions graves (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2; ATF 138 IV 186 consid. 4.1).

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

Lorsque plusieurs individus ont, indépendamment les uns des autres, contribué par leur négligence à créer un danger dont le résultat incriminé représente la concrétisation, chacun d'entre eux peut être considéré comme auteur de l'infraction (auteur dit juxtaposé), que son comportement représente la cause directe et immédiate du résultat ou qu'il l'ait "seulement" rendu possible ou favorisé (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1371/2017 du 22 mai 2018 consid. 1.1).

La réalisation de l'infraction suppose la réunion de trois conditions : le décès de la victime, une négligence et un lien de causalité entre cette négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 2.2).

4.2.2. 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 précité 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).

Pour déterminer concrètement les devoirs découlant de l'obligation de diligence, le juge peut, notamment, se fonder sur des principes généraux ou une expertise. 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. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical. Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (arrêt du Tribunal fédéral 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 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).

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).

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que, tant dans le diagnostic que dans la prescription d'une thérapie ou de mesures, le médecin dispose souvent d'une certaine marge d'appréciation. 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 113 II 429 consid. 3a). 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 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 = JdT 2005 I 95; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 = JdT 2004 I 497).

4.2.3. Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et

l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée.

Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate. 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 consid. 2.2 et les références citées).

4.3. En l'espèce, il ressort de l'expertise que la prise en charge de la patiente était adéquate, que l'opération du 24 avril 2017 était indiquée, qu'elle avait été effectuée dans les règles de l'art et que l'origine des complications survenues ensuite étaient une perforation intestinale conséquence, dans l'hypothèse la plus probable, d'une lésion thermique de la paroi intestinale en deux temps. Les prises en charge post-opératoires avaient aussi été réalisées de manière adéquate, de même que les procédures non chirurgicales, et rien ne pouvait être reproché aux différents intervenants. Pour leur part, les médecins légistes n'ont pas pu indiquer d'où provenait la perforation, ce qui paraît exclure la possibilité d'une perforation en un temps telle que préconisée par les recourants. Quant à l'absence d'artéfacts d'électro-cautérisation, qui serait selon ceux-ci la démonstration de l'existence d'une lésion directe en un temps, les experts ont exposé que, dans les ruptures en deux temps, un instrument pouvait soit causer une perforation soit toucher la paroi intestinale, mais qu'il n'était pas nécessairement possible en présence d'une perforation de savoir si elle avait été causée par un instrument chaud, car le petit point blanc électrique qui en résultait pouvait être perdu de vue. Ils ont ajouté que, si la perforation était effectuée en un seul temps, même toute petite et invisible, du liquide intestinal s'écoulait, ce qui constituait une alerte et poussait à en chercher les causes. De même, à supposer que la patiente ait été victime d'une perforation en un temps à la fin de l'opération, les médecins l'auraient vue immédiatement. Un autre élément excluait la possibilité d'une perforation en un temps, à savoir le fait que la patiente avait visiblement bien répondu à des antidouleurs qui n'étaient pas très forts alors que, si du jus intestinal s'était écoulé le 24 avril 2017 comme cela fut le cas le surlendemain, ses douleurs auraient été très violentes et les analgésiques n'auraient pas suffi pour la calmer. De plus, elle n'aurait, dans cette hypothèse, pas été en mesure de se lever le soir du 24 avril 2017, après l'opération.

Il résulte des constats clairs qui précèdent, que les doutes des recourants n'ébranlent pas, que l'on peut considérer, avec une certitude suffisante pour prononcer un classement, que les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence ne sont pas réunis, que ce soit envers les chirurgiens qui ont pratiqué la première opération ou vis-à-vis des intervenants ultérieurs, qui avaient fait tout leur possible pour enrayer les complications survenues. Le fait que la communication [de l'hôpital]

F_____ avec la famille se soit révélée défailante est regrettable mais n'y change rien.

Le recours sera par conséquent rejeté.

5. Les recourants, bien qu'au bénéfice de l'assistance judiciaire succombent. Ils supporteront les frais de la procédure, fixés au total à CHF 1'000.-, y compris un émolument de décision (art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale, RTFMP; E 4 10.03, étant relevé que l'autorité de recours est tenue de taxer les frais même lorsque le justiciable est au bénéfice d'une défense d'office (arrêts du Tribunal fédéral 1B_372/2014 du 8 avril 2015 consid. 4.6 et 1B_203/2011 du 18 mai 2011 consid. 4).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

Rejette le recours.

Condamne conjointement et solidairement A_____, B_____ et C_____ aux frais de la procédure de recours, arrêtés à CHF 1'000.-.

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, à A_____, B_____ et C_____, soit pour eux leur conseil, ainsi qu'au Ministère public.

Siégeant :

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Madame Daniela CHIABUDINI, juge; Monsieur Louis PEILA, juge suppléant; Madame Sandrine JOURNET, greffière.

La greffière :

Sandrine JOURNET

La présidente :

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/9345/2017

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	20.00
-----------------	-----	-------

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	905.00
---------------------------------	-----	--------

-	CHF	
---	-----	--

Total	CHF	1'000.00
--------------	------------	-----------------