

**CHAMBRE DES RECOURS PENALE**

---

---

Arrêt du 29 août 2022

---

Composition : Mme BYRDE, présidente  
MM. Kaltenrieder et Maillard, juges  
Greffière : Mme Saghini

\*\*\*\*\*

**Art. 117 CP ; 319 al. 1 et 393 al. 1 let. a CPP**

Statuant sur le recours interjeté le 11 juillet 2022 par **B.D.**\_\_\_\_\_ et **C.D.**\_\_\_\_\_ contre l'ordonnance de classement rendue le 30 juin 2022 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE20.016345-HRP**, la Chambre des recours pénale considère :

**En fait :**

**A.**           **a)** Une instruction pénale a été ouverte par le Ministère public de l'arrondissement de La Côte afin de déterminer les circonstances du décès de X.D.\_\_\_\_\_, né le [...] 1970, survenu le 24 septembre 2020 à la suite d'une opération pour une hernie crurale à L.\_\_\_\_\_.

**b)** Par ordonnance du 24 septembre 2020, le Ministère public a ordonné le séquestre en mains de L.\_\_\_\_\_ du dossier médical complet de X.D.\_\_\_\_\_, ainsi que de tous les échantillons sanguins ou autres prélevés sur l'intéressé.

**c)** Il ressort notamment de ce dossier médical (cf. P. 14) les éléments suivants.

**aa)** X.D.\_\_\_\_\_ était en bonne santé habituelle. Dès le mois d'avril 2020, X.D.\_\_\_\_\_ a présenté des douleurs à l'aine droite exacerbées à la mobilisation et à la marche, générant une boiterie antalgique. Une radiographie du bassin de face et des hanches, réalisée en juin 2020, a montré des signes de coxarthrose bilatérale chez ce patient. Au vu de ces douleurs persistantes, le Dr T.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique traitant de X.D.\_\_\_\_\_, l'a adressé au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale et thoracique, pour investigation et éventuelle prise en charge. Ce dernier a prescrit une échographie inguinale bilatérale qui a permis de diagnostiquer, en juillet 2020, une hernie crurale droite spontanément réductible contenant du tissu. Face à la gêne présentée et devant les risques d'incarcération voire de strangulation, une intervention chirurgicale a été proposée à X.D.\_\_\_\_\_.

**bb)** Dans un courrier du 18 août 2020 au Dr T.\_\_\_\_\_ récapitulant la consultation et les mesures envisagées, le Dr P.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné avoir proposé une intervention chirurgicale sous forme d'une « *hernioplastie avec mise en place d'un filet (statistiquement moins de risque de récurrence) par voie micro-laparoscopique (moins de défauts pariétaux et de douleurs post-opératoires) totalement extra-péritonéale (absence d'adhérence intestinale ou d'iléus post-opératoire)* ». Il a indiqué que cette intervention avait été « *explicitée en détail [au] patient, le filet utilisé lui a été présenté et les rares complications ont été discutées ensemble* ». Il a précisé que « *l'intervention a été agendée, d'un commun accord, pour le*

*24 septembre prochain », que « du point de vue anesthésiologique, en l'absence de comorbidités (ASA I), il n'y a pas d'indication à une consultation d'anesthésie pré-opératoire » et que « du point de vue assécurologique, en l'absence d'assurance complémentaire et bien que cela ne soit pas idéal, l'intervention s'effectuera de manière ambulatoire ».*

**cc)** Selon le formulaire d'admission à L.\_\_\_\_\_, X.D.\_\_\_\_\_ a été admis le 24 septembre 2020 à 6h30 et a été vu en chambre par le médecin anesthésiste. Il a rempli et signé le « questionnaire anesthésie ».

Il ressort de la « feuille patient » que X.D.\_\_\_\_\_ est entré au bloc à 7h28, que l'incision a eu lieu à 8h06, que le pansement a été fait à 9h36 et que le patient est sorti du bloc à 9h50.

Dans le compte-rendu opératoire établi le 24 septembre 2020, aucune complication n'a été rapportée par le chirurgien. Pendant l'opération, X.D.\_\_\_\_\_ était hémodynamiquement stable (tension artérielle légèrement diminuée entre 100/52 et 112/60 mmHg [norme entre 120/80 et 140/90 mmHg] et fréquence cardiaque entre 56 et 68 bpm [battements par minute ; norme entre 60 et 100 bpm]) et la saturation en oxygène était dans les normes, entre 98 et 100%. Après l'intervention, le patient a été transféré en salle de réveil jusqu'à 11h40, où il est resté hémodynamiquement stable (tension artérielle entre 114/68 et 140/64 mmHg, et fréquence cardiaque entre 46 et 54 bpm), puis en chambre à 12h50, où il a présenté une tension artérielle de 109/59 mmHg, une fréquence cardiaque de 63 bpm et une saturation en oxygène de 94%. Par ailleurs, selon les constats des infirmières dans la chambre, X.D.\_\_\_\_\_ était « *non algique, perfusion en cours, s'est levé, a bu et uriné, pst abdo propre* ». Il avait pu se nourrir, une « collation » lui ayant été apportée à 13h15, et les consignes post-opératoires données.

**dd)** Dans son rapport du 24 septembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin FHM en anesthésiologie et FMH en soins intensifs à L.\_\_\_\_\_, s'étant chargée de la réanimation de X.D.\_\_\_\_\_, a indiqué

qu'à son arrivée à 15h40, le patient était « *cliniquement en ACR [ndr : arrêt cardio-respiratoire] avec absence de pouls, absence de respiration, présence de lividités sur le haut du corps et pupilles en mydriases bilatérales aréoactives* ». Le massage cardiaque était en cours. Elle a repris le lead de la réanimation et a administré de l'adrénaline au patient. A 15h55, la réanimation a été arrêtée et la médecin a appelé le Ministère public de l'arrondissement de La Côte ainsi que la famille pour annoncer le décès.

**d)** Le 28 septembre 2020, le Ministère public a ordonné au Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML) de procéder à une autopsie et d'établir un rapport sur la cause du décès, ainsi que d'effectuer les investigations nécessaires, soit notamment un examen toxicologique.

Dans un rapport préliminaire du 28 septembre 2020, les Dres X.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique spécialiste en médecine légale FMH et médecin assistante au CURML, ont indiqué avoir procédé le 25 septembre 2020 à l'autopsie du corps de X.D.\_\_\_\_\_, leurs premières constatations étant les suivantes (P. 6) :

« [...]

- un status après cure de hernie inguinale droite par voie laparoscopique avec pose de filet extra-péritonéal ombilicale,
- des signes en lien avec une réanimation cardio-pulmonaire (notamment fractures de côtes antérieures à droite hémorragiques, équipements médicaux en place),
- une stase viscérale généralisée.

Conclusion provisoire :

La cause du décès n'a pas été établie. Des investigations complémentaires (histologique et toxicologiques) sont en cours. »

**e)** Auditionnée par la police le 30 septembre 2020 (cf. PV aud. 1), F.\_\_\_\_\_, infirmière, a exposé que X.D.\_\_\_\_\_ venait en ambulatoire se faire opérer d'une hernie crurale, que son accueil et sa préparation pré-opératoire avaient été réalisés par l'un de ses collègues qui finissait son service de nuit. Lorsqu'elle avait pris son service, X.D.\_\_\_\_\_ se trouvait déjà au bloc opératoire et aucun fait particulier le concernant n'était à

relever. Le patient n'avait pas fait de complication lors de l'opération. Vers 11h40 environ, l'équipe infirmière avait été avisée par celle de la salle de réveil qu'il pouvait être ramené en chambre. En compagnie de sa collègue V.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ était allée chercher X.D.\_\_\_\_\_ et elles l'avaient installé dans sa chambre. Sa collègue avait pris les paramètres vitaux et « *tout allait bien* ». Pour sa part, F.\_\_\_\_\_ avait demandé au patient s'il ressentait des douleurs et il avait répondu par la négative, indiquant se sentir bien et avoir faim. Elle lui avait dit qu'il devait d'abord boire de l'eau plate pour voir si cela passait avant de manger. Les infirmières avaient ensuite inspecté le pansement du patient et avaient constaté qu'il n'était pas tâché et qu'il n'y avait pas d'hématome, ainsi que « *rien d'alarmant* ». X.D.\_\_\_\_\_ avait demandé à aller uriner et F.\_\_\_\_\_ l'avait aidé à se mettre debout et accompagné jusqu'aux toilettes. Il lui avait confirmé qu'il n'avait pas de vertiges, semblait avoir le pas assuré, et était vif dans ses réponses. F.\_\_\_\_\_ l'avait alors remis au lit et quelques instants plus tard, V.\_\_\_\_\_ lui avait amené sa collation, soit un potage, une salade de pommes de terre avec de la volaille et une compote de fruits. Elle avait indiqué au patient où se trouvait la sonnette pour les appeler, lui précisant qu'il ne devait pas hésiter à appeler en cas de besoin. Elle était ensuite partie en pause, ayant fait la transmission à ses collègues. Vers 14h30, elle avait repris son service. V.\_\_\_\_\_ et elle avaient effectué leur tour de l'après-midi pour le contrôle des paramètres vitaux. Comme X.D.\_\_\_\_\_ devait recevoir une injection vers 16h00, elles avaient décidé de le visiter en dernier pour faire coïncider la visite avec l'injection. Elles étaient entrées dans sa chambre vers 15h40 environ et avaient vu le patient allongé sur son lit, en biais, le haut du corps sur le matelas et les jambes dans le vide en direction du côté fenêtre. F.\_\_\_\_\_ s'était approchée et avait essayé de prendre son pouls, il n'y en avait pas et sa peau était froide. V.\_\_\_\_\_ avait sonné l'alarme réanimation tandis que l'infirmière était sortie pour chercher de l'aide auprès de deux chirurgiens qui se trouvaient dans le service. Les médecins avaient commencé le massage cardiaque puis l'équipe de réanimation était arrivée. F.\_\_\_\_\_ a encore indiqué que la situation donnait l'impression que X.D.\_\_\_\_\_ était assis au moment de son malaise et qu'il s'était juste laissé aller en arrière avec

le haut du corps. Le plateau repas était posé devant lui sur la petite tablette prévue à cet effet et il avait mangé une partie de la nourriture.

**f)** Lors de son audition par la police du 30 septembre 2020 (cf. PV aud. 2), V.\_\_\_\_\_, aide soignante, a exposé qu'avec sa collègue F.\_\_\_\_\_, elles étaient allées chercher X.D.\_\_\_\_\_ à la salle de réveil aux alentours de 12h00-12h30, précisant qu'en principe les patients restaient une heure environ à la salle de réveil et que l'anesthésiste décidait lorsqu'ils pouvaient revenir en chambre. A leur arrivée en salle de réveil, X.D.\_\_\_\_\_ n'était plus scopé et n'avait plus le brassard pour la tension, signifiant qu'il pouvait remonter en chambre. L'infirmière en salle de réveil leur avait dit qu'il allait très bien et qu'il avait hâte de manger. Le patient leur a également parlé, mentionnant qu'il était satisfait et content ; il plaisantait et était décontracté. Elles avaient vérifié les pansements et ceux-ci étaient propres ; en outre, X.D.\_\_\_\_\_ n'avait plus de douleurs et était très bien réveillé, de sorte qu'il pouvait être remonté en chambre. Dans la chambre, F.\_\_\_\_\_ avait pris les constantes du patient et vérifié une nouvelle fois les pansements qui étaient propres. V.\_\_\_\_\_ avait installé la sonnette juste en face de la tête de X.D.\_\_\_\_\_, sur le plateau repas, afin qu'il puisse l'atteindre, lui expliquant également le fonctionnement ainsi que les différentes lumières. Vu que X.D.\_\_\_\_\_ allait très bien, elles lui avaient demandé s'il voulait uriner, ce à quoi il avait répondu par l'affirmative et avait déclaré vouloir se lever tout de suite, enfilant lui-même un slip. Elles l'avaient accompagné sans le tenir lorsqu'il s'était rendu aux toilettes. Il avait très bien marché tout seul malgré le pied à perfusion qui l'accompagnait, avant de se réinstaller dans son lit. Vu qu'il était en très bonne forme, le repas lui avait été servi plus rapidement que prévu soit environ 20 à 25 minutes après son arrivée en chambre. V.\_\_\_\_\_ a précisé qu'en général, si les patients étaient moins bien réveillés, elle attendait une heure. Elle avait demandé l'accord du chirurgien, le Dr P.\_\_\_\_\_, pour le repas de X.D.\_\_\_\_\_ car elle avait toujours besoin d'un avis médical avant de pouvoir servir le repas aux patients opérés. Selon l'aide soignante, le plateau repas était constitué d'un potage chaud, d'un suprême de volaille froide avec une salade de crudités et d'une compote de fruits. Elle avait demandé au patient s'il

voulait manger sur son fauteuil, à table ou sur son lit et il avait répondu qu'il mangerait au bord du lit et pouvait se débrouiller seul. Vu son état physique, elle l'avait laissé et était partie en pause. A son retour, sa collègue et elle avaient effectué les soins des patients de l'étage. X.D.\_\_\_\_\_ était le dernier vers lequel elles devaient passer et elles y étaient arrivées vers 15h40. Elle a ajouté à ce sujet que ce patient était *« de toute évidence celui qui allait le mieux de tous les patients et il était convenable de le laisser tranquille pour son repas, à moins qu'il n'appelle avec la sonnette »*. Dans la chambre, elle avait alors découvert X.D.\_\_\_\_\_ avec les jambes qui pendaient du côté gauche du lit, face à la fenêtre. Son corps était couché sur le dossier du lit et la table sur laquelle était posé le plateau repas était au-dessous de ses jambes. Sa position était comme s'il s'était couché depuis la position assise, alors qu'il était en train de manger. Avec sa collègue, elles avaient commencé par appeler le patient et essayer de le réveiller en lui tapotant le haut du corps. Elle avait constaté qu'il avait déjà les jambes marbrées et le visage, le torse ainsi que les bras très blancs. Il n'était pas taché par la nourriture et il n'y avait pas de miettes dans son lit. De ce qu'elle avait pu voir, il avait fini son potage et la cuillère était dans le bol. Comprenant que c'était une urgence, V.\_\_\_\_\_ avait immédiatement appuyé sur l'alarme qui se trouvait vers la porte de l'entrée, destinée aux soins intensifs et à l'équipe de réanimation. A leur arrivée, les médecins avaient constaté que X.D.\_\_\_\_\_ était en arrêt cardiaque, avaient commencé le massage cardiaque et l'équipe des soins intensifs étant arrivée. La Dre C.\_\_\_\_\_ s'était occupée de la tentative de réanimation, ayant intubé X.D.\_\_\_\_\_ et placé les électrodes de monitoring. Une fois le décès prononcé, la Dre C.\_\_\_\_\_ avait demandé à toute l'équipe de ne plus rien toucher dans la chambre, ni le patient. V.\_\_\_\_\_ avait constaté que X.D.\_\_\_\_\_ s'était uriné dessus, mais devant le laisser tel quel, elle ne l'avait pas changé. Par la suite, la direction des soins était venue parler aux infirmières et leur avait demandé de faire un rapport circonstancié de ce qui s'était passé depuis le matin et d'exposer ce qu'elles avaient fait avec ce patient. V.\_\_\_\_\_ avait remis ce rapport au chef de service qui, à sa connaissance, l'avait remis à la directrice.

L'aide soignante a encore indiqué avoir été affectée par cette situation se disant que « *si j'étais passé vers lui avant j'aurais peut-être pu éviter qu'il décède* ». Elle a enfin mentionné ce qui suit :

« C'était très étonnant de le [ndr : X.D. \_\_\_\_\_] retrouver comme ça. On aurait dit que cela lui était arrivé très subitement. Le lit n'était pas défait, tout était en place, aucun désordre. Rien ne laissait penser qu'il aurait pu se débattre. Même son visage était détendu. Il avait l'air de dormir. La sonnette était toujours au même endroit, à portée de main. Je ne pense pas qu'il se soit levé depuis mon départ. En effet, la table sur laquelle se trouvait le plateau était exactement à la même place que lorsque je suis partie. Et les pieds de M. X.D. \_\_\_\_\_ étaient en dessous.

Je me souviens aussi que son téléphone était posé juste à côté du plateau, à droite. Il n'avait pas bougé.

Je tiens à vous dire que nous culpabilisons un peu tous. Le plateau n'est pas anodin et finalement, on ne sait jamais trop ce qu'il peut se passer lorsque l'on mange après une opération.

M. X.D. \_\_\_\_\_ était tellement enjoué, il se réjouissait de partir et était content que son opération se soit bien déroulée. Rien ne laissait penser que quelque chose de pareil aurait pu se passer. »

**g)** Entendu le 30 septembre 2020 (cf. PV aud. 3), M. \_\_\_\_\_, médecin assistant, a déclaré à la police qu'il était de garde le 24 septembre 2020 et qu'il avait reçu l'alerte d'une urgence dans la chambre de X.D. \_\_\_\_\_. Il était entré en même temps que la Dre C. \_\_\_\_\_ auprès du patient. Celui-ci recevait à ce moment un massage cardiaque. La réanimatrice avait ensuite pris les choses en mains, le patient avait été intubé, le massage cardiaque avait continué et il avait été procédé à cinq injection de 1mg d'adrénaline car X.D. \_\_\_\_\_ ne réagissait pas. La réanimation avait duré environ 15 minutes au total. M. \_\_\_\_\_ a précisé n'avoir pratiqué aucun geste pendant la réanimation. A la question de savoir s'il avait remarqué quelque chose de particulier sur le corps du patient, le médecin a répondu par la négative.

**h)** Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, le dossier pénal a été transmis au Ministère public central, division affaires spéciales, en vue d'une reprise de cause.

**i)** Dans son rapport d'investigation du 17 novembre 2020, la police a indiqué que d'après les déclarations du personnel soignant entendu, l'opération de X.D.\_\_\_\_\_ s'était parfaitement déroulée, qu'après la phase de réveil, il avait été pris en charge et acheminé dans une chambre individuelle, qu'il semblait parfaitement réveillé et avait demandé à pouvoir manger vers 13h00, qu'aucun signe dans son comportement n'avait inquiété les infirmières et que, de retour dans la chambre du patient vers 15h40, ces dernières l'avaient trouvé dans son lit inanimé et avaient fait immédiatement appel à l'équipe de réanimation.

**j)** Entendu par la Procureure le 21 janvier 2021 (cf. PV aud. 4), le Dr P.\_\_\_\_\_, chirurgien, a exposé que X.D.\_\_\_\_\_ avait eu une arthroscopie et l'avait consulté pour des douleurs de l'aîne droite, ayant déjà eu des problèmes orthopédiques de ce côté-là. Le patient lui avait été adressé par un collègue orthopédiste et il l'avait vu pour la première fois le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Il avait effectué plusieurs investigations pour déterminer la cause des douleurs chez ce patient. A la suite d'un ultrason de l'aîne des deux côtés le 7 juillet 2020, une hernie crurale avait été diagnostiquée, laquelle pouvait expliquer en partie les douleurs de X.D.\_\_\_\_\_. Lors de la consultation le 18 août 2020 d'une durée de 35 minutes, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait proposé au patient une prise en charge chirurgicale, dès lors qu'il n'avait aucune contre-indication et qu'il était très handicapé par ses douleurs. Il avait ainsi expliqué à X.D.\_\_\_\_\_ la chirurgie, à savoir comment il allait pratiquer l'opération, soit par laparoscopie, en effectuant une réduction du sac herniaire et en posant un filet entre le péritoine et la paroi abdominale qui contenait l'orifice herniaire. Il lui avait également montré un exemplaire de filet, lui avait parlé des risques, notamment infectieux et hémorragique, et avait abordé les douleurs post-opératoires. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir pas revu le patient avant le jour de l'intervention, le 24 septembre 2020. A cette occasion, il avait revu X.D.\_\_\_\_\_ le matin avant l'opération pour discuter avec lui, entre 10 à 15 minutes, et s'assurer qu'il avait bien compris, s'il était toujours d'accord ou s'il y avait des nouvelles demandes ou modifications à apporter. En général, il passait après l'anesthésiste pour s'assurer que le patient avait été vu par celui-ci et qu'il avait bien compris

l'anesthésie avant d'être amené au bloc. Selon le chirurgien, X.D. \_\_\_\_\_ avait tout compris et il n'y avait aucun doute sur sa compréhension de l'intervention et sur les explications données. L'opération s'était déroulée entre 8h05 et 9h30, tel que cela figurait sur le protocole opératoire. Il s'agissait d'une opération standard, sans particularité, au cours de laquelle il n'y a eu aucun problème, « *ni saignement, ni difficulté technique* » que l'on pouvait rencontrer parfois en raison de l'anatomie ou des antécédents du patient. Dans le cas de X.D. \_\_\_\_\_, l'opération avait été très simple, ce qui se voyait par le temps d'intervention d'une heure et vingt-cinq minutes ainsi que sur la base des photographies qui étaient nettes et sans saignement. En ce qui le concernait, le chirurgien a estimé que l'intervention s'était « *très bien passée* », précisant avoir dicté le compte-rendu opératoire directement après l'opération. Après l'opération, X.D. \_\_\_\_\_ avait été placé en salle de réveil. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a précisé qu'en général, les patients restaient entre 2 et 3 heures en salle de réveil avant d'être ramenés dans leur chambre, durée qui dépendait aussi de celle de l'opération. Il a encore indiqué qu'il ne s'occupait pas de la médication en pré et post-opératoire, que l'anesthésiste s'en chargeait, soit en l'occurrence le Dr R. \_\_\_\_\_, et que les ordres post-opératoires figurant sur le compte-rendu opératoire correspondaient à l'antalgie que le patient allait recevoir à l'étage par les infirmières, puis à domicile. Il a déclaré qu'il était prévu qu'il revienne X.D. \_\_\_\_\_ en fin de journée après l'opération, mais qu'il avait été averti par les infirmières que celui-ci était en train d'être réanimé par l'anesthésiste de garde. Le chirurgien s'était alors rendu auprès du patient et un constat de décès avait été fait.

S'agissant du suivi préconisé quand le patient retournait en chambre, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'agissait d'un suivi infirmier, dont il ignorait s'il y avait des règles, mais que X.D. \_\_\_\_\_ avait commencé à manger et, qu'à sa connaissance, le patient avait eu le temps de contacter sa famille. A la question de savoir s'il existait un protocole infirmier sur le suivi en chambre post-opératoire du patient, le chirurgien a répondu ne pas savoir s'il y avait des règles, ni s'il y avait un ordre infirmier pour le passage en chambre et sa fréquence, précisant que si le repas avait été amené au patient cela signifiait qu'il s'était, en principe, déjà levé. A la

question de savoir s'il y avait des alternatives à la chirurgie, le médecin a également expliqué qu'il n'y en avait pas dans le cas de l'hernie crurale de X.D.\_\_\_\_\_, ajoutant que de toute sa carrière, il avait vu un ou deux patients, très âgés et inopérables, qui portaient des orthèses pour éviter que l'hernie ne sorte, répétant que l'opération subie par X.D.\_\_\_\_\_ était une opération fréquente car il n'y avait quasiment pas d'alternatives.

Enfin, le chirurgien a indiqué souhaiter connaître les résultats de l'autopsie pour comprendre ce qui s'était passé, précisant que le patient n'avait pas de comorbidités, qu'il ne prenait pas de médicaments et qu'autant l'anesthésiste que lui avaient été très surpris du décès, qui était un choc pour la famille, mais aussi pour l'équipe médicale.

**k)** Les médecins légistes du CURML ont procédé à l'examen externe puis à l'autopsie médico-légale du corps de X.D.\_\_\_\_\_. Le rapport a été établi le 5 mai 2021 par les Dres X.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du CURML (P. 17). Les conclusions des médecins légistes sont les suivantes :

**« Discussion et conclusions**

[..]

En lien avec l'intervention chirurgicale récente, nous avons notamment mis en évidence un status après mise en place de filet préperitonéal inguinal droit par laparoscopie, un status après hernioplastie ombilicale avec suture du péritoine, correspondant à la description donnée par les cliniciens. En lien avec la réanimation cardio-pulmonaire, nous avons constaté des fractures de côtes antérieures, majoritairement hémorragiques à droite, des équipements en place (sonde d'intubation oro-trachéale, voie vasculaire à l'avant-bras gauche) et une trace d'injection/ponction ecchymotique au pli inguinal droit.

Nous avons également constaté des pathologies préexistantes (un surpoids et une très discrète athérosclérose généralisée) ainsi que des lésions traumatiques mineures d'aspect récent (telles que de petites ecchymoses et dermabrasions des membres), n'ayant pas joué de rôle dans le décès.

Le dosage de l'alcool, effectué sur un échantillon de sang périphérique prélevé au cours de nos examens, n'en a pas détecté.

Les analyses toxicologiques, réalisées sur des échantillons de sang et de bile prélevés au cours de nos examens, ont révélé la présence de :

- dans le sang : thiopental (barbiturique, anesthésique général) et pentobarbital (métabolite actif du thiopental), midazolam (benzodiazépine hypnotique, sédatif) et OH-midazolam (métabolite du midazolam), kétamine (anesthésique général) et norkétamine (métabolite de la kétamine), fentanyl (analgésique opioïde) et norfentanyl (métabolite du fentanyl), rocuronium (anesthésique général, curarisant), métabolite du métamizole (antipyrétique, analgésique), paracétamol (analgésique, antipyrétique), ondansétron (antiémétique),
- dans la bile : paracétamol.

Les concentrations de thiopental, de pentobarbital, de midazolam et de son métabolite ainsi que de kétamine, déterminées dans le sang, se situent en dessous de la fourchette des valeurs observées durant des interventions chirurgicales.

Les concentrations de fentanyl et de paracétamol, déterminées dans le sang, se situent dans la fourchette des valeurs thérapeutiques.

Le thiopental, le midazolam, la kétamine, le rocuronium, le fentanyl, le métamizole et l'ondansétron ont été utilisés au cours de l'hospitalisation du 24 septembre 2020 selon le dossier médical à notre disposition.

Les analyses de chimie clinique, réalisées sur des échantillons de sérum et d'humeur vitrée prélevés au cours de nos examens, ont révélé une augmentation de la valeur de NT-proBNP, parlant en faveur d'une insuffisance cardiaque (316 ng/l ; norme < 172 ng/l), et de la valeur des troponines T hs (marqueur de l'ischémie myocardique aiguë ; à 19430 ng/l norme < 14 ng/l), cette dernière parlant en faveur d'une hémolyse de l'échantillon. Les valeurs de glucose dans l'humeur vitrée et de tryptase (marqueur de l'allergie) dans le sérum étaient dans les normes. Pour plus de détails, nous vous référons au chapitre « *L. Analyses de chimie clinique* ».

Sur la base de l'ensemble des éléments à notre disposition, la cause du décès de X.D. \_\_\_\_\_, âgé de 50 ans, n'a pas été établie. En l'absence de lésions traumatiques majeures ou d'intoxication aux substances recherchées pouvant expliquer le décès, il pourrait s'agir d'un décès d'origine naturelle dans le cadre d'un trouble fonctionnel (tels qu'une crise d'épilepsie ou un trouble du rythme cardiaque), ne laissant pas de traces décelables lors de nos examens (nous soulignons).

A noter qu'un éventuel stress lié à l'hospitalisation et/ou à l'intervention a pu jouer un rôle dans le décès, sans que l'on puisse

le quantifier. Il est à noter également que le site opératoire était calme et conforme aux données contenues dans le dossier médical, ne présentant notamment pas de complication locale macroscopiquement visible. »

**l)** Par courriers des 10 juin et 1<sup>er</sup> août 2021, B.D.\_\_\_\_\_ et C.D.\_\_\_\_\_, parents de X.D.\_\_\_\_\_, ont indiqué au Ministère public central que, même si le rapport des médecins légistes du 5 mai 2021 leur paraissait « *très soigneux et bien rédigé* », ils avaient l'avantage de pouvoir bénéficier de l'aide et de l'interprétation de la part de leur ami de famille de longue date, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin anesthésiste durant trente-neuf ans, retraité depuis douze ans, qui avait œuvré en 1975 à l'ancienne L.\_\_\_\_\_, de sorte qu'ils se référaient aux conclusions de son analyse s'agissant des événements ayant conduit au décès de X.D.\_\_\_\_\_ (P. 23/2).

**m)** Le 18 août 2021, B.D.\_\_\_\_\_ et C.D.\_\_\_\_\_ ont déclaré se constituer parties plaignantes, souhaitant prendre part à l'administration des preuves.

Par courrier du 9 septembre 2021, les plaignants ont requis du Ministère public central qu'il procède aux auditions de l'ensemble du personnel soignant ayant participé à l'intervention du 24 septembre 2020 de leur fils, à savoir en particulier l'anesthésiste le Dr R.\_\_\_\_\_, l'infirmier-anesthésiste dénommé J.\_\_\_\_\_, la personne ayant signé la feuille de réveil soit un certain Q.\_\_\_\_\_, l'infirmière cheffe de clinique et tout autre personne présente à cette occasion. Ils ont également sollicité l'audition de B.D.\_\_\_\_\_, vu que cette dernière a pu faire certaines constatations notamment sur le plateau repas, lesquelles pourraient être essentielles dans la présente affaire. Ils ont encore demandé que L.\_\_\_\_\_ soit interpellée s'agissant de la production du rapport circonstancié mentionné par V.\_\_\_\_\_ lors de son audition, dont il ne figurait aucune trace au dossier.

**n)** Par ordonnance du 2 novembre 2021, le Ministère public central, division affaires spéciales, a notamment ordonné le classement de

la procédure pénale instruite à la suite du décès de X.D.\_\_\_\_\_ intervenu le 24 septembre 2020.

Les plaignants ont recouru contre cette ordonnance, faisait valoir une violation de l'art. 318 al. 1 CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0) et contestant le rejet des mesures d'instruction qu'ils avaient sollicitées.

Par arrêt du 17 décembre 2021 (n° 1157), la Chambre des recours pénale a annulé l'ordonnance de classement du 2 novembre 2021 et a renvoyé la cause au Ministère public central, au motif qu'il n'avait pas été émis d'avis de prochaine clôture, ce qui constituait un vice irréparable.

o) Par avis de prochaine clôture du 17 février 2022, le Ministère public central a annoncé à B.D.\_\_\_\_\_ et C.D.\_\_\_\_\_ son intention de rendre une ordonnance de classement dans le cadre de la procédure ouverte ensuite du décès de X.D.\_\_\_\_\_ le 24 septembre 2020.

Par courrier du 14 avril 2022, les plaignants ont formulé les mêmes réquisitions que celles dans leur courrier du 9 septembre 2021, soit l'audition de l'ensemble du personnel soignant ayant participé à l'intervention du 24 septembre 2020 et celle de la mère de la victime, ainsi que la production du rapport de l'aide-soignante. Ils ont en outre indiqué qu'il était nécessaire d'instruire la question de l'absence au dossier médical de formulaire du consentement relatif à l'intervention principale et ont demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**B.** Par ordonnance du 30 juin 2022, le Ministère public central, division affaires spéciales, a ordonné le classement de la procédure pénale instruite à la suite du décès de X.D.\_\_\_\_\_ intervenu le 24 septembre 2020 (I), a levé le séquestre portant sur le dossier médical de celui-ci ainsi que sur le DVD intitulé « Echographie inguinale du 07.07.2020 »,

inventoriés sous fiche de séquestre n° [...] et ordonné leur restitution à L.\_\_\_\_\_ (II), et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (III).

Le Procureur a tout d'abord rejeté les réquisitions des plaignants tendant à l'audition de l'ensemble du personnel soignant ayant participé à l'intervention du 24 septembre 2020, ainsi qu'à celle de la mère du défunt, au motif qu'elles n'étaient pas de nature à déterminer la cause du décès de X.D.\_\_\_\_\_. Il en a fait de même s'agissant de la réquisition de mettre en œuvre une expertise médicale visant à établir si l'ensemble des actes médicaux pratiqués à l'endroit du défunt avaient été effectués dans les règles de l'art, considérant que vu que les médecins légistes n'avaient mis en évidence aucun élément suspect et que l'intervention médicale s'était achevée sans complication, le patient pouvant après son réveil être transféré dans une chambre où il s'est alimenté, puis ayant pu se lever et aller uriner, un nouvel examen des détails de l'intervention effectuée ne se justifiait pas, le décès paraissant dû à des causes naturelles, selon les conclusions des experts, et non pas au fait des intervenants médicaux. Ensuite, le Procureur a retenu que sur la base des déclarations du personnel médical entendu et du dossier médical séquestré, l'intervention sur X.D.\_\_\_\_\_ s'était déroulée sans particularité, que la prise en charge en post-opératoire était habituelle avec des constantes dans les normes et que le patient disait se sentir bien, avait réussi à se lever et à uriner seul, si bien qu'aucun élément ne laissait présager une issue fatale. S'agissant de la cause du décès, le Procureur a retenu que les experts avaient considéré, d'une part, qu'elle n'était pas établie et qu'en l'absence de lésions traumatiques majeures ou d'intoxication aux substances recherchées pouvant expliquer le décès, il pourrait s'agir, selon eux, d'un décès d'origine naturelle dans le cadre d'un trouble fonctionnel (tels qu'une crise d'épilepsie ou un trouble du rythme cardiaque), ne laissant pas de traces décelables lors des examens médico-légaux ; d'autre part, ils avaient ajouté qu'un éventuel stress lié à l'hospitalisation et/ou à l'intervention avait pu jouer un rôle dans le décès, sans que l'on puisse le quantifier. Le Procureur a ainsi constaté qu'aucune violation des règles de l'art médical ne pouvait être imputée au personnel soignant de L.\_\_\_\_\_ et qu'il ne pourrait, en tout état de cause, pas être

établi avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude que X.D. \_\_\_\_\_ aurait pu être sauvé si la visite des infirmières avait eu lieu plus tôt ou si le défunt n'avait pas pris sa collation seul en chambre.

**C.** Par acte du 11 juillet 2022, B.D. \_\_\_\_\_ et C.D. \_\_\_\_\_, par leur conseil, ont recouru contre cette ordonnance en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public central pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

Le 29 juillet 2022, le Ministère public central a indiqué qu'il renonçait à se déterminer et a conclu au rejet du recours.

### **En droit :**

#### **1.**

**1.1** Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP. Le recours doit être motivé et adressé par écrit dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCPP [loi vaudoise d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

**1.2** Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par les parties plaignantes qui ont qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP) et dans les formes prescrites (art. 385 CPP), le recours est recevable.

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

La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe *in dubio pro duriore*. Ce principe, qui découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 al. 1 CPP ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement, signifie qu'en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peuvent être prononcés que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le Ministère public dispose, dans ce cadre, d'un certain pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées ; TF 6B\_1381/2021 du 24 janvier 2022 consid. 2). En revanche, le Ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquiescement.

Pour pouvoir constater légitimement que l'instruction ne corrobore aucun soupçon justifiant une mise en accusation (art. 319 al. 1

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

### **3.**

**3.1** Les recourants contestent l'ordonnance de classement, faisant grief au Ministère public de n'avoir pas donné suite à leurs réquisitions, de sorte qu'il se justifierait de renvoyer le dossier de la cause pour complément d'instruction. En outre, ils invoquent une violation du principe *in dubio pro duriore* en ce sens que le Ministère public a procédé à une appréciation des différents témoignages recueillis pour écarter toute violation des règles de l'art, en outrepassant ses prérogatives, en tenant parfois un rôle d'expert et en passant sous silence un certain nombre d'éléments factuels à investiguer.

### **3.2**

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

La réalisation de cette infraction suppose ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturel et adéquat entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (TF 6B\_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

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

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

Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu et dû, au vu des circonstances, de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte qu'il mettait en danger des biens juridiquement protégés de la victime et qu'il excédait les limites du risque admissible (ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1, SJ 2011 I p. 86 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les références citées, JdT 2010 IV 43 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les références citées). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur violation fait présumer la violation du devoir général de prudence (ATF 148 IV 39 consid. 2.3.3 ; ATF 145 IV 154 consid. 2.1 ; ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1). La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 129 IV 119 consid. 2.1 ; TF 6B\_934/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.1).

Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin sont fonction des circonstances du cas d'espèce, notamment du

genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité pénale du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les références citées ; TF 6B\_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1).

Pour déterminer l'étendue de la prudence requise, il faut partir du devoir général qu'a le médecin d'exercer l'art de la guérison selon les principes reconnus de la science médicale et de l'humanité, de tout entreprendre pour guérir son patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Le médecin est tenu d'observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 cons. 3.1). Il n'a pas à répondre des dangers ou des risques qui sont inhérents à tout acte médical et à toute maladie. La notion de manquement à ses devoirs ne doit pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement a posteriori, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. Le médecin viole en revanche ses devoirs lorsqu'il pose un diagnostic, choisit une thérapie ou définit une approche thérapeutique qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; TF 6B\_1287/2018 précité consid. 1.1). En ce qui concerne plus particulièrement le diagnostic, le médecin n'est pas tenu d'en garantir l'exactitude. Il faut dès lors faire la distinction entre une véritable faute de diagnostic et un simple diagnostic erroné. Pour constater et apprécier une atteinte à la santé, le médecin doit

procéder dans chaque cas de manière adéquate et utiliser les moyens et les sources d'information nécessaires. Il doit clarifier les symptômes ambigus en utilisant les moyens à sa disposition. Le médecin fait preuve de négligence lorsque sa façon de faire n'est pas conforme aux règles établies et généralement reconnues par la science médicale et qu'elle ne correspond pas à l'état actuel des connaissances scientifiques (ATF 130 IV 7 consid. 3.3, JdT 2004 I 497).

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

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

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

plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener et notamment le comportement de l'auteur (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.2 et les arrêts cités).

En outre, pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin qu'il a outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge mais il faut se placer au moment où le médecin a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3). Il y a lieu de distinguer le comportement idéalement attendu (*ex post*), de celui nécessaire et possible à chaque étape de la prise en charge du patient (au moment des décisions prises, respectivement omises). C'est également au stade de l'examen de la causalité adéquate qu'il faut se placer *ex ante* pour décider si un acte était propre à produire ou à favoriser un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 135 IV 56 consid. 2.2 et les références citées). En revanche, une autre question essentielle pour l'imputation du résultat, est de savoir quel est le danger qui a provoqué le résultat ou si le danger créé ou accru par l'auteur s'est réalisé dans le résultat, doit être traitée en fonction de toutes les circonstances connues *ex post* (ATF 135 IV 56 consid. 2.2 et les références citées).

Face à une infraction de commission par omission où l'on reproche à l'auteur son inaction fautive, la problématique du lien de causalité entre l'omission et le résultat dommageable se pose sous un angle quelque peu différent. Dans ce contexte, il faut être à même de mettre en exergue un lien de causalité hypothétique entre le comportement que l'auteur aurait dû adopter et le résultat typique. Il s'agit d'établir, avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude, que l'accomplissement de ce que l'auteur a omis d'exécuter contrairement aux devoirs qui lui incombaient aurait permis d'éviter la survenance du résultat, conformément à la théorie de la vraisemblance (Dupuis et al. [éd.], Petit Commentaire, Code pénal, 2<sup>e</sup>éd., Bâle 2017, n. 12 ad art. 117 CP et les références citées ; ATF 140 II 7 consid. 3.4 et la référence citée ; TF 6B\_1055/2020 16 juin 2020 consid. 4.3.4 et les références citées).

**3.2.4** Le Ministère public peut écarter une réquisition de preuves si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le ministère public peut, de manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B\_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

Selon l'art. 182 CPP, le Ministère public et les tribunaux ont recours à un ou plusieurs experts lorsqu'ils ne disposent pas des connaissances et des capacités nécessaires pour constater ou juger un état de fait. L'autorité pénale peut refuser la mise en œuvre d'une expertise, sans violer les droits de la défense, si celle-ci apparaît inutile. Selon la doctrine, est notamment inutile l'expertise qui porte sur un fait qui n'est pas important pour la solution du cas, lorsque les preuves résultent déjà d'éléments du dossier ou lorsque le temps écoulé depuis les faits rend l'expertise superflue (Vuille, Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2019, nn. 26 et 27 ad art. 182 CPP). L'autorité pénale peut également refuser une expertise si elle estime que celle-ci ne pourrait pas l'amener à modifier son opinion. Dans ce cas, le refus d'ordonner une expertise ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve est arbitraire (Vuille, op. cit., n. 27 ad art. 182 CPP ; ATF 124 I 208, SJ 1999 I 89).

### **3.3**

**3.3.1** En l'espèce, X.D.\_\_\_\_\_ est décédé le 24 septembre 2020 après avoir subi une intervention chirurgicale dispensée par le Dr P.\_\_\_\_\_ à la L.\_\_\_\_\_. Il était en bonne santé habituelle et ne présentait pas de comorbidités. Il souffrait toutefois d'une hernie crurale pour laquelle il avait décidé d'être opéré en ambulatoire, sous anesthésie générale. Ainsi, il avait été admis à 6h30 et avait été pris en charge au bloc opératoire dès 7h28. L'incision avait eu lieu à 8h06 et l'intervention avait pris fin à 9h30, de sorte que le patient était sorti du bloc opératoire à 9h50. Il n'avait eu aucune particularité durant l'opération qui s'était bien passée. X.D.\_\_\_\_\_ avait ensuite été conduit en salle de réveil où il était resté jusqu'à 11h40 environ, avant d'être installé en chambre individuelle. Il était bien réveillé, décontracté et content de manger. Ses constantes étaient dans la norme. A 12h50, dans sa chambre, il avait bu, avait pu se lever et était allé uriné. Ensuite, à 13h15, il avait reçu à manger et avait été laissé tranquille en chambre. Lors de leur visite à 15h40, l'infirmière et l'aide-soignante avaient retrouvé X.D.\_\_\_\_\_ dans son lit inanimé et avaient enclenché l'alarme de réanimation. Les médecins sur place avaient commencé le massage cardiaque tandis que l'équipe de réanimation avait pris le relais. Le décès a été constaté à 15h55.

**3.3.2** Compte tenu de ces circonstances, la question se pose d'un éventuel homicide par négligence au sens de l'art. 117 CP.

Au titre des éléments constitutifs de cette infraction, il doit notamment exister un rapport de causalité naturelle et adéquate entre le comportement que l'on reproche à l'auteur et le décès de la victime. Les recourants se plaignent à ce titre d'une série de manquements du personnel soignant de la L.\_\_\_\_\_, considérant en substance qu'il ne peut être exclu que si, au lieu d'un repas, une collation lui avait été servie, que si ledit repas lui avait été servi ultérieurement et que si une visite avait été faite avant la découverte du corps, soit dans un intervalle de 2 heures et 25 minutes, des soins auraient pu être prodigués immédiatement à X.D.\_\_\_\_\_ et le décès évité. Autrement dit, ils ne leur reprochent pas un

comportement actif, mais bien un comportement passif, respectivement des omissions. Le lien de causalité entre l'(es) éventuelle(s) inaction(s) fautive(s) et le résultat dommageable s'analyse donc à la lumière de la causalité hypothétique, laquelle implique d'établir ce lien avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude.

A cet égard, force est de constater que malgré les analyses et examens fouillés des médecins légistes du CURML, on ignore de quoi est mort X.D.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport d'autopsie du 5 mai 2021, les médecins légistes sont arrivés à la conclusion que, sur la base de l'ensemble des éléments à leur disposition, *« la cause du décès n'avait pas pu être établie »*, précisant qu'*« en l'absence de lésions traumatiques majeures ou d'intoxication aux substances recherchées pouvant expliquer le décès, il pourrait s'agir d'un décès d'origine naturelle dans le cadre d'un trouble fonctionnel (comme une crise d'épilepsie ou un trouble du rythme cardiaque) »*, même s'ils n'en n'avaient pas décelé de traces lors de leurs examens. Les éléments à disposition des experts étaient très complets puisqu'ils ont eu connaissance du déroulement de l'opération et des suites de la prise en charge du patient avant son décès. En particulier, ils ont eu connaissance du fait que X.D.\_\_\_\_\_ avait pu, après avoir été installé en chambre, boire, se lever et aller seul uriner, mais aussi et surtout qu'il avait pris une collation à 13h15. Or les médecins légistes n'ont pour autant pu faire aucun lien entre ces circonstances et le décès, aucune d'elles n'étant de nature à en établir la cause. D'ailleurs, il ressort des déclarations concordantes - non remises en cause par les recourants et dont il n'y aucune raison de s'écarter - des membres du personnel soignant auditionnés que l'opération et les suites opératoires ont été normales. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a notamment expliqué que X.D.\_\_\_\_\_ n'avait aucune contre-indication à la chirurgie, qu'il n'y avait eu aucun problème, ni saignement ni difficulté technique durant l'opération, laquelle avait été très simple et de courte durée, et que le patient avait pu se nourrir, ce qui signifiait qu'il s'était déjà levé (PV aud. 4, lignes 40, 71-74, 118-119). L'infirmière F.\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient se portait bien, qu'il avait déclaré n'avoir pas de vertige, qu'il avait le pas assuré et qu'il s'était rendu aux toilettes pour uriner, en bref, qu'il n'y avait rien d'alarmant (PV

aud. 1, pages 3-4). Quant à l'aide soignante, elle a relaté que X.D. \_\_\_\_\_ plaisantait et était décontracté, n'avait pas de douleurs et était très bien réveillé, avait hâte de manger et était en bonne forme ; il était tellement enjoué, se réjouissant de partir, et était content que son opération se soit bien déroulée (PV aud 2, pages 2-3).

Il résulte de ce qui précède qu'il existe de sérieuses et irréductibles incertitudes, qu'aucune mesure d'instruction complémentaire pourra pallier (en tout cas pas celles requises par les recourants) quant à la raison du décès de X.D. \_\_\_\_\_. Faute de savoir ce qui a entraîné la mort de celui-ci survenue le 24 septembre 2022, il n'est pas possible, quand bien même on retiendrait une quelconque violation d'une règle de l'art – ce qui est loin d'être acquis (cf. consid. 3.4 *infra*) – de considérer, avec une très grande vraisemblance, que si le personnel soignant de la L. \_\_\_\_\_ avait agi différemment, cela aurait permis d'éviter l'issue fatale. Le lien de causalité entre de prétendues omissions et le décès ne peut par conséquent que faire défaut, dès lors qu'il n'est – faut-il le rappeler – en tout état de cause pas possible d'établir le rapport de causalité naturelle et *a fortiori* adéquate. Ce constat scelle le sort de l'action pénale tant il suffit à exclure toute perspective de condamnation.

**3.3.3** Par ailleurs, les mesures d'instructions demandées ne sont pas davantage utiles. Le fait déterminant dans la présente cause est le lien de causalité, pour les motifs indiqués ci-avant, de sorte que des auditions supplémentaires du personnel soignant, de même que celle de la mère de la victime, tout comme une expertise portant sur d'éventuelles violations des règles de l'art, ou encore la production d'un rapport de l'aide-soignante, ne pourraient pas être susceptibles de mener à une autre appréciation sur l'issue de cette affaire.

Les recourants font valoir que leurs réquisitions peuvent permettre de démontrer une éventuelle violation des règles de l'art, considérant que le Ministère public aurait procédé à une interprétation « *pour le moins simpliste et prématurée* » du rapport du CURML, dans la mesure où l'évocation d'un décès d'origine naturelle est une simple

hypothèse et ne permet nullement d'écarter à ce stade déjà une violation du devoir de diligence. Selon eux, le rapport du CURML ne porterait en outre que sur des considérations médico-légales relatives aux causes du décès, s'apparentant donc à un constat.

S'il est exact que ce rapport n'a pas pour vocation d'examiner l'éventuelle violation des règles de l'art médical, il y a lieu de considérer, d'une part, que cette question n'est en l'occurrence pas déterminante vu l'impossibilité d'établir un lien de causalité naturelle et *a fortiori* adéquate entre une éventuelle omission et le décès, en l'absence de cause du décès pouvant être établie. D'autre part, les recourants ne proposent pas de mesures d'instruction s'agissant de l'établissement du lien de causalité et on n'en décèle aucune qui serait pertinente, l'autopsie et les analyses toxicologiques réalisées par les médecins légistes du CURML ayant été faites de manière détaillée, fouillée et complète (P. 17), ce que les recourants ont du reste admis. En réalité, ils tentent de mettre en évidence toute une série d'incohérences dans la prise en charge de leur fils (repas copieux, repas servi trop tôt, absence de surveillance durant un laps de temps trop long, etc.) en formulant la probabilité que le décès aurait pu être évité. Pour autant, les recourants n'expliquent pas en quoi ces manquements seraient, respectivement pourraient être, en rapport de causalité naturelle et adéquate avec le décès inexpliqué. Peu importe en définitive de savoir s'il y a - ou non - eu une quelconque violation des règles de l'art puisque, dans les conditions susmentionnées, il ne sera pas possible d'établir avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude que X.D. \_\_\_\_\_ aurait pu être sauvé si les choses s'étaient déroulées différemment, notamment si on lui avait servi une vraie collation plutôt qu'un repas ou si le personnel infirmier était passé plus tôt dans la chambre.

Ayant seulement trait - au mieux - à l'existence d'une éventuelle omission fautive, les mesures d'instruction sollicitées par les recourants sont donc sans pertinence concernant la question du lien de causalité. C'est donc à raison que le Ministère public central les a rejetées.

**3.4** A l'appui de leur écriture, les recourants exposent qu'il y a certaines zones d'ombre nécessitant la reprise d'une instruction. Toutefois, ils n'argumentent pas en quoi, si ces zones d'ombres étaient éclaircies, d'éventuelles carences dans la prise en charge du patient pourraient avoir une incidence sur le décès au vu de ce qui précède, respectivement ne démontrent pas l'éventuelle commission d'un homicide par négligence par le personnel soignant de L.\_\_\_\_\_ eu égard aux doutes irrémédiables qui existent concernant la cause de la mort de X.D.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 3.3 *supra*).

Cela étant, par surabondance, on peut répondre comme suit à ces critiques.

**3.4.1** Les recourants estiment qu'au vu du nombre de substances mentionnées pour une seule anesthésie générale, la question du choix du type d'anesthésie, de la méthode et de ses répercussions sur l'état post-opératoire du patient au regard des règles de l'art peut se poser.

Or il n'y a rien au dossier qui permette de retenir que l'anesthésie serait problématique. Premièrement, le patient s'était réveillé de la narcose générale et avait pu être ramené en chambre. F.\_\_\_\_\_ a en particulier indiqué que sa collègue et elle avaient été appelées pour venir récupérer le patient et l'amener dans sa chambre (PV aud. 1, page 3). Selon V.\_\_\_\_\_, à leur arrivée en salle de réveil, X.D.\_\_\_\_\_ n'était plus « scopé » et n'avait plus le brassard pour la tension, signifiant qu'il pouvait changer d'emplacement ; il leur avait déclaré qu'il allait très bien et qu'il avait hâte de manger, tout en plaisantant et en étant décontracté (PV aud. 2, page 2). En chambre, il avait pu boire, se lever et marcher seul jusqu'aux toilettes (PV aud. 1, pages 3-4, et PV aud. 2, page 3). Ses constantes étaient bonnes (P. 14). A cet égard, les recourants ne remettent pas en cause les déclarations du personnel soignant, lesquelles sont crédibles et concordantes. Deuxièmement, les experts ont procédé à des analyses toxicologiques détaillées, sans relever d'éléments particuliers à ce sujet, indiquant que les dosages des différentes substances étaient soit dans la norme soit en dessous de la fourchette des

valeurs observées durant des interventions chirurgicales. Troisièmement, les médecins légistes ont été mandatés pour se prononcer sur la cause du décès ; s'il y avait le moindre élément lié aux substances administrées au patient, ils n'auraient assurément pas manqué de le souligner.

Dès lors, une expertise médico légale apparaît superflue.

**3.4.2** Les recourants s'en prennent au suivi opératoire, invoquant le fait, d'une part, qu'il ne ressort ni de la feuille d'anesthésie, ni clairement de la feuille de surveillance post-opératoire à quel moment le patient avait été extubé et, d'autre part, qu'on ignore si le médecin-anesthésiste avait lui-même évalué le patient avant le transfert à l'étage et, le cas échéant, autorisé l'infirmière de salle de réveil de procéder à son transfert ou si elle avait pris seule cette initiative.

Il ressort du dossier médical que l'opération a fini à 9h30 et que X.D.\_\_\_\_\_ a quitté le bloc opératoire à 9h50 et s'est trouvé en salle de réveil jusqu'à 11h40 environ, moment où l'infirmière et l'aide soignante ont été appelées pour venir le récupérer. D'après les déclarations de celles-ci, non critiquées par les recourants, elles ont été avisées et sont venues chercher le patient vers 12h00-12h30 en salle de réveil, ayant reçu le feu vert (cf. PV aud. 1 et 2). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a pour sa part expliqué qu'après l'opération, les patients étaient conduits en salle de réveil, y restant en général entre 2 et 3 heures, avant d'être placés en chambre s'ils allaient bien, ajoutant que l'anesthésiste se chargeait des ordres post-opératoires (cf. PV aud. 4, lignes 76-81).

Eu égard à ces circonstances qui n'ont rien d'interpellant, un complément d'instruction s'avère inutile, respectivement ne porterait pas sur un fait pertinent.

**3.4.3** Les recourants soutiennent qu'au niveau chronologique, il est pour le moins étonnant que figure un « *trou béant* » de 75 minutes empêchant de répartir le temps entre la salle de réveil et le retour en chambre à l'étage.

Dans le prolongement des considérations qui précèdent, il y a lieu de considérer que cet élément est sans portée dès lors qu'il est établi et non contesté que le patient allait bien lorsqu'il est sorti de la salle de réveil et qu'il a été accompagné dans sa chambre. Une fois à l'étage, il a pu boire, se lever, marcher et uriner, déclarant en outre se sentir bien.

**3.4.4** Les recourants considèrent que l'absence de surveillance post-opératoire interpelle alors que le patient a subi une opération sous anesthésie générale et qu'aucune surveillance ou visite n'a été faite depuis le service d'un plateau repas jusqu'à la découverte du patient, soit pendant près de 2 heures et 25 minutes. Ils tiennent également pour surprenant qu'ensuite d'une intervention avec narcose générale, un repas entier soit servi à 13h15, précisant qu'il est uniquement fait mention d'une « *collation* » par l'infirmière. Selon eux, la présence de restes alimentaires dans son arbre trachéo-bronchique ainsi que la congestion pulmonaire identifiée lors de l'autopsie peuvent être fortement indicatives d'une régurgitation gastrique avec broncho-aspiration consécutive, entraînant ainsi une quinte incessante de toux pouvant conduire à l'arrêt cardiaque dû à l'hypoxie grave.

Il faut rappeler tout d'abord que l'opération chirurgicale s'est bien passée et que le patient se sentait bien, ce que les recourants ne contestent pas. X.D.\_\_\_\_\_ s'est vu servir un potage, accompagné d'une tranche de poulet, d'une salade de crudités et d'une compote de fruits. Ensuite, le patient n'était pas sans surveillance puisqu'une visite était prévue par les infirmières dans l'après-midi et une autre par le chirurgien avant la décharge. Par ailleurs, la sonnette d'alarme avait été placée sur le plateau repas, à portée de main du patient, et il lui avait été expliqué qu'il ne devait pas hésiter à solliciter l'équipe médicale, en cas de besoin. Selon V.\_\_\_\_\_, X.D.\_\_\_\_\_ avait du reste été visité en dernier car il était le patient présentant le meilleur état sur l'étage (PV aud. 2, page 6).

Ainsi, on ne saurait considérer que la prise en charge post-opératoire a pu poser problème.

**3.4.5** Les recourants relèvent qu'il aurait fallu procéder à une vérification du bon fonctionnement ou de l'accessibilité de la sonnette d'alarme ou encore si le patient avait pu l'utiliser.

Rien au dossier ne permet de supposer et les recourants n'apportent aucun élément tangible dans ce sens, ni ne soutiennent que la sonnette aurait été défaillante. Il ne se justifie aucunement de procéder à des vérifications superflues, qui n'apporteraient au demeurant rien à la question de la causalité.

**3.4.6** Enfin, pour les mêmes raisons, il n'est pas davantage nécessaire d'instruire la question de l'absence au dossier médical du formulaire de consentement concernant l'intervention chirurgicale. Les recourants invoquent en substance le fait que les médecins - chirurgien et anesthésiste - ont violé leur devoir d'information à l'égard de leur fils sur les risques de l'intervention chirurgicale en tant que telle et ceux liés à l'anesthésie. Se référant à la correspondance du 18 août 2020 du Dr P.\_\_\_\_\_ mentionnant que *« d'un point de vue assécurologique, en l'absence d'assurance complémentaire et bien que cela ne soit pas idéal, l'intervention s'effectuera de manière ambulatoire »*, ils considèrent en particulier que cette formulation permet de se poser la question sur l'indication opératoire dans de telles circonstances, de même que de savoir si le patient avait bien été informé de cet élément ainsi que des alternatives à cette intervention. Ils relèvent en outre que l'entretien effectué quelques minutes avant le transfert en salle d'opération ne contient aucune mention quant à une information par le médecin anesthésiste des risques de l'anesthésie.

Or les recourants n'explicitent pas en quoi la survenance d'une violation du droit d'information pourrait conduire à retenir que les médecins se seraient rendus coupables d'homicide par négligence. Ils n'argumentent en particulier pas, ni ne démontrent que, sans cette éventuelle omission, leur fils ne serait pas décédé. En effet, X.D.\_\_\_\_\_ n'est apparemment pas mort en raison d'une complication due à

l'opération ou d'un risque attaché à celle-ci – étant rappelé que selon le chirurgien, il s'agissait de rares risques hémorragique ou infectieux –, du moins cela ne pourrait pas être établi vu l'incertitude irrémédiable sur la cause du décès. Il s'ensuit que le même raisonnement peut être fait au sujet du rapport de causalité que celui lié à de prétendues omissions contraires au devoir de diligence : ainsi, même si le patient avait été informé des risques correctement (et cela a été le cas), un éventuel lien de causalité naturelle et adéquate entre l'omission invoquée et le décès ne pourrait jamais être retenu.

Par ailleurs, si l'instruction concerne le décès de X.D.\_\_\_\_\_, certes dans un contexte faisant suite à une intervention chirurgicale, force est de constater qu'aucune violation du devoir d'information n'est objectivée, ni rendue plausible. Et pour cause puisqu'il ne fait pas de doute que le patient avait consenti, en toute connaissance de cause, à l'opération impliquant une anesthésie générale. Il est vrai que le formulaire de consentement relatif à l'intervention elle-même ne figure pas au dossier, à l'inverse du questionnaire d'anesthésie. Il n'y a quoi qu'il en soit pas d'indice dans le sens d'une absence de consentement et d'information du patient. Au contraire, il ressort de la lettre du 18 août 2020 du Dr P.\_\_\_\_\_ que l'intervention a été explicitée en détail à X.D.\_\_\_\_\_, que le filet lui a été présenté et que les rares complications ont été discutées, de sorte que l'opération a été fixée d'un « *commun accord* » le 24 septembre 2020 (P. 14). En outre, le jour de l'intervention, le chirurgien a réexpliqué les tenants et aboutissants au patient lors d'un entretien d'une durée de 10 à 15 minutes ; le Dr P.\_\_\_\_\_ a déclaré à ce propos qu'en général, il passait après l'anesthésiste pour s'assurer que le patient avait été vu par celui-ci et qu'il avait bien compris l'anesthésie avant d'être amené au bloc opératoire (PV aud. 4, lignes 61-63). Il ressort également du dossier que X.D.\_\_\_\_\_ a signé le formulaire d'admission à l'hôpital ainsi que le formulaire d'anesthésie, ce qui signifie qu'il était prêt pour l'intervention et bien avisé. En d'autres termes, il s'avère que X.D.\_\_\_\_\_ était pleinement informé de ce que l'intervention et l'anesthésie pouvaient impliquer, ayant non seulement connaissance des risques et des bénéfices, mais surtout les ayant acceptés. Les recourants

ne prétendent au demeurant pas que leur fils aurait refusé le traitement proposé et ne donnent en outre aucun élément concret permettant de suspecter que ce dernier n'aurait pas été lucide. Or, sur la base du dossier médical et des déclarations concordantes du personnel de L. \_\_\_\_\_ - que les recourants ne critiquent pas en se limitant à soutenir que seulement quatre personnes avaient été entendues sur tout le personnel soignant -, il n'y a rien qui laisse penser que X.D. \_\_\_\_\_ n'aurait pas eu la capacité de discernement le jour de l'intervention. Enfin, il est encore établi que le chirurgien a exclu un traitement alternatif dans le cas de X.D. \_\_\_\_\_, indiquant que de toute sa carrière, il avait vu un ou deux patients, très âgés et inopérables, qui portaient des orthèses pour éviter que l'hernie ne sorte, mais a confirmé que l'opération subie par ce dernier était une opération indiquée (PV aud. 4, pages 109-112).

Au vu de ces considérations, il convient de retenir que les faits se rapportant au consentement et à la volonté du patient sont clairs et ne commandent pas d'instruction complémentaire.

**3.5** En définitive, force est de considérer que l'infraction d'homicide par négligence de l'art. 117 CP n'a pas pu être commise, respectivement qu'il n'y a pas de soupçon justifiant une mise en accusation. Toutes les preuves pertinentes ont été administrées et les réquisitions sollicitées ne sont pas de nature à modifier l'issue de la présente procédure, les conditions posées par l'art. 182 CPP n'étant pas remplies.

C'est donc à juste titre que le Ministère public central a rendu une ordonnance de classement et rejeté les mesures d'instructions requises.

**4.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et l'ordonnance entreprise confirmée.

Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt (art. 422 al. 1 CPP), par 3'300 fr. (art. 20 al. 1 TFIP

[Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront mis à la charge des recourants, qui succombent (art. 428 al. 1 CPP), solidairement entre eux.

Les recourants n'ayant pas obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de leur allouer une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure.

Par ces motifs,  
la Chambre des recours pénale  
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance du 14 décembre 2021 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 3'300 fr. (trois mille trois cents francs), sont mis à la charge des recourants B.D. \_\_\_\_\_ et C.D. \_\_\_\_\_, solidairement entre eux.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Coralie Devaud, avocate (pour B.D. \_\_\_\_\_ et C.D. \_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :