

VD_GERICHTE PE13.021844 vom 15. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PE13.021844

FR: VD_GERICHTE PE13.021844 du 15 octobre 2017

IT: VD_GERICHTE PE13.021844 del 15 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

Réquisitions des parties La procureure a refusé de donner suite à la réquisition des plaignants tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dès lors que les experts avaient été longuement interrogés en audience les 14 et 18 novembre 2016, en présence du conseil des plaignants, qui avait pu poser toutes ses questions. Les experts avaient répondu aux diverses interrogations de façon claire et motivée, de sorte que les conditions à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, qui n'étaient d'ailleurs pas développées par les parties plaignantes, n'étaient pas réalisées.

E. 2

Faits reprochés Le Ministère public central a retenu les faits suivants :

E. 2.1

Domiciliée en Algérie, A._____, née le 1er janvier 1935, est venue rendre visite à sa fille P.F._____ au mois de juillet 2013. A cette occasion et en raison de saignements vaginaux, A._____ a consulté le gynécologue de sa fille, le Dr Z._____, le 17 juillet 2013. Au vu des problèmes cardiaques évoqués lors de cette consultation, le médecin a souhaité que la précitée fasse un examen complémentaire.

- 4 -

E. 2.2

Le 18 juillet 2013, A._____ a consulté le Dr J._____, spécialiste FMH en cardiologie. Celui-ci a rédigé un courrier le jour même faisant notamment état du fait que la patiente souffrait d'une « maladie coronarienne d'un vaisseau (sténose de 75% d'une artère coronaire droite proximale) dilatée et stentée le 31.10.2008 à l'Inselspital Berne ; Fibrillation auriculaire normocarde. Hypertension artérielle traitée ; Diabète type II ; Cardiopathie hypertrophique avec fonction ventriculaire gauche conservée (fraction d'éjection 65%) ; Fuites sous-valvulaires minimales ». Ce spécialiste a en outre relevé que « l'examen cardiologique pratiqué montre une obésité (13M1 32), un rythme en FA normocarde à 61/min, une TA [tension artérielle] normale à 138/179. L'auscultation met en évidence un discret souffle éjectionnel et un B1 variable eu raison de la FA. L'ECG retrouve une fibrillation auriculaire normocarde à 61/min avec un BFAG et une rotation horaire » (P. 29 : rapport du Dr [...] du 18 juillet 2013).

E. 2.3

Le 23 juillet 2013, A._____, accompagnée par sa fille, s'est rendue au cabinet du Dr Z._____ pour une seconde consultation. Le gynécologue a constaté que la prénommée présentait une descente de l'utérus ainsi qu'un début de descente de la vessie. Il a posé le diagnostic de prolapsus utéro-vaginal complet, responsable de saignements par lésions

traumatiques du col utérin extériorisé (P. 29 : protocole opératoire). En raison du terrain cardiaque de l'intéressée, de la prise d'anticoagulant et de l'absence d'assurance maladie, le gynécologue a préconisé une intervention consistant en une spino-fixation utérine avec cure de cystocèle par voie vaginale (P. 29 : notes du 23.07.13 à l'attention du Dr [...] ; PV aud 1, I. 66 à 78).

E. 2.4

Le 7 août 2013, A. _____ a été hospitalisée à la Clinique T. _____ pour la réalisation d'une spino-fixation utérine avec cure de cystocèle par voie vaginale. L'intervention a été réalisée sans difficulté et s'est déroulée sans ouverture de la paroi péritonéale ou de geste dans la zone para-rectale gauche (P. 22, p. 4).

- 5 - Lors de cette opération, le Dr Z. _____ a accroché l'utérus au ligament sacro-épineux droit, créant une suspension par fil (PV aud. 1, I. 150 à 160). En postopératoire, l'anticoagulation sous forme de Fraxiforte a été reprise le soir de l'intervention, à 19h00 (P. 22, p. 2 ; P. 29 : transmissions ciblées).

E. 2.5

Le 8 août 2013, à 11h40, le Dr Z. _____ a examiné A. _____. Au cours du toucher vaginal, il a constaté des caillots. Il a alors réitéré l'examen sur une table de gynécologie se trouvant au bloc opératoire. Le médecin a décelé un saignement actif de la paroi vaginale antérieure. Entre 12h00 et 12h30, il a dès lors procédé à la mise en place d'un point de vicryl 2.0 (P. 29 : protocole opératoire et transmissions ciblées ; PV aud 1, I. 221 à 232). Après la reprise chirurgicale, la patiente n'a plus présenté de saignement mais des céphalées, une pâleur, des sudations ainsi que des douleurs dans le dos entre 15h00 et 18h00. Son traitement anticoagulant lui a été administré le soir même à 22h00 (P. 22, p. 2 ; P. 29, transmissions ciblées).

E. 2.6

Le 9 août 2013, entre 4h00 et 9h00, les infirmières ont indiqué sur les transmissions ciblées qu'A. _____ se plaignait d'une légère nausée et d'une fatigue importante, qu'elle ne présentait pas de vomissements, ni de saignements. A 10h00, le Dr Z. _____ a rendu visite à sa patiente et a constaté un météorisme abdominal (ventre ballonné) et une défense (zone douloureuse à la palpation). Il a demandé un dosage de l'hémoglobine. A 11h00, les infirmières lui ont communiqué les résultats par téléphone, à savoir un dosage de l'hémoglobine à 68 g/litre. A 13h55 et à 15h55, A. _____ a reçu un culot érythrocytaire (transfusion sanguine) et du fer. A 17h40, l'équipe soignante a appelé le Dr Z. _____. A 17h50, soupçonnant un hématome retro péritonéal, le précité a demandé à ce que sa patiente soit soumise à un scanner abdominal (P. 29 : transmissions ciblées). Le CT-scan injecté a révélé une hémorragie active de la région pelvienne avec un volumineux hématome (estimé à au moins 1 litre) entre la vessie et l'ampoule rectale avec un saignement actif à gauche et des bulles d'air à proximité du ligament tubéro-sacré droit (P. 12, p. 24 ; P. 35). A 19h14, A. _____ a été transférée et admise au

- 6 - L. _____ en choc hémorragique, avec suspicion de lésion dans le territoire de l'artère honteuse gauche après la réalisation d'un examen radiologique (P. 22, p. 5). Elle a été prise en charge par le Dr S. _____, radiologue, qui a procédé à une embolisation empirique des deux artères iliaques internes par voie fémorale, bien que la source hémorragique n'avait pas été clairement identifiée, en raison du risque vital qu'A. _____

présentait au vu d'un état hémodynamique instable et d'un saignement actif (P. 22, p. 5 ; rapport du Dr S. _____ du 09.08.2013, annexé au PV aud. 3). A l'issue de l'intervention, A. _____ a été transférée aux soins intensifs pour surveillance.

E. 2.7

Le 10 août 2013, A. _____ a présenté un syndrome compartimental nécessitant une laparotomie exploratrice. Celle-ci a mis en évidence un hémopéritoine de 3 litres avec mise en place d'un packing pour contrôler le saignement résiduel. Le 12 août 2013, le packing a pu être retiré et la paroi abdominale refermée (P. 12, p. 24). Le 15 août 2013, la patiente s'est plainte de douleurs abdominales et de difficultés respiratoires (dyspnée). Le CT-scan effectué mettait en évidence des épanchements pleuraux, une collection dans le petit bassin et une fistule de la paroi vaginale postérieure. Une embolie pulmonaire a pu être exclue par la réalisation d'un angio-CT-scan complémentaire. Un traitement diurétique et ventilatoire non invasif ont été prescrits, ce qui a permis une amélioration de l'état de la patiente (P. 12, p. 24). Le 16 août 2013, A. _____ a développé un hématome sous-cutané avec escarres fessières, suivi d'un choc septique sur une surinfection de la nécrose fessière et du plancher pelvien (P. 12, p. 24). Le 20 août 2013, l'intéressée a subi un débridement de la région fessière et la résection du coccyx (P. 12, p. 24), ainsi qu'une sigmoïdostomie de décharge (P. 12, p. 24).

- 7 - Le 22 août 2013, une colostomie à double canon a été effectuée. Durant cette opération, une ouverture au niveau du dôme vaginal a été observée. Celle-ci a été fermée à l'aide de trois points de suture (P. 12, p. 24). Le 24 août 2013, la patiente a présenté un saignement du muscle grand droit à droite avec évacuation d'un litre de caillots de sang. Une reprise au bloc opératoire a été effectuée durant laquelle un drain thoracique droit a été mis en place (P. 12, p. 24). Les 22, 23 et 30 août 2013, des débridements de la région fessière ont à nouveau été nécessaires en raison de la nécrose. A cette période, les examens radiologiques ont montré des signes de fistule vaginale de la paroi postérieure droite avec des bulles d'air glutéales droites et la présence d'une collection dans le cul-de-sac de Douglas à droite. (P. 12, p. 24). Le 1er septembre 2013, A. _____ a présenté une déchirure en amont de la colostomie nécessitant une hémicolectomie gauche et un repositionnement de la colostomie avec positionnement de l'épiploon comme couverture de la fistule vaginale. Une péritonite fécaloïde des quatre quadrants abdominaux a été constatée (P. 12, p. 25). Le 3 septembre 2013, le personnel soignant a constaté que l'abdomen de la patiente était induré et que son hémoglobine avait chuté. Une laparotomie exploratrice a été effectuée, laquelle a révélé un saignement de l'épiploon et une évacuation de caillots au niveau du flanc gauche (P. 12, p. 25). Le 4 septembre 2013, A. _____ a présenté une phlyctène sur la main gauche, qui s'est avérée être une nécrose de l'avant-bras (P. 12, p. 25). Le 5 septembre 2013, une hémorragie du muscle fessier à droite a été visualisée, avec une hémostase par point de suture (P. 12, p. 25).

- 8 - Le 12 septembre 2013, A. _____ a subi une trachéostomie, compte tenu de la nécessité d'une sédation quotidienne pour la réfection des pansements fessiers (P. 12, p. 25). Le 14 septembre 2013, une éventration sur nécrose de la musculature abdominale a été objectivée, nécessitant un débridement des berges de la laparotomie et la mise en place d'un filet. Le site est resté calme par la suite (P. 12, p. 25).

E. 2.8

La patiente a développé une insuffisance rénale aiguë avec une hyperkaliémie, entraînant des conséquences cardiaques et une anasarque (P. 12, p. 25). Les suites de l'hospitalisation ont révélé une embolie pulmonaire apicale droite au CT-scan thoraco-abdominal du 17 septembre 2013, une plaie axillaire droite sur une cicatrice d'un drain thoracique, une thrombopénie sur héparine et des métrorragies dès le 1er octobre 2013. Au vu de l'impasse thérapeutique, des soins de confort ont été mis en place et le décès d'A. _____ a été constaté le 16 octobre 2013, à 18h57, au L. _____ (P. 12, p. 25).

E. 3

Motivation

E. 3.1

A titre subsidiaire, les recourants ont conclu à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sur le suivi post-opératoire.

E. 3.2

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

E. 3.3

En l'espèce, avec la procureure, on doit constater que les auditions des experts des 14 et 18 novembre 2016 ont permis de répondre aux diverses interrogations de façon claire et motivée. En effet, comme on le verra ci-après, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la cour de céans de statuer et de trancher les questions litigieuses, de sorte que la réquisition de preuve des recourants doit être rejetée.

E. 3.4

De la reprise des anticoagulants Compte tenu des constatations des experts et en particulier de l'absence de contre-indications, aucune violation des règles de l'art ne pouvait être reprochée au Dr Z. _____ du fait qu'il avait réintroduit le traitement anticoagulant rapidement après la première intervention d'A. _____.

E. 3.5

De la reprise chirurgicale du 8 août 2013 Se fondant sur l'avis des experts, la procureure a retenu que la reprise chirurgicale du 8 août 2013 était intervenue rapidement, ce qui avait permis de maîtriser l'hémorragie identifiée (P. 22, p. 7). On ne pouvait dès lors reprocher une quelconque faute au Dr Z. _____.

E. 3.6

De la prise en charge le 9 août 2013 à la Clinique T. _____ Les experts avaient retenu que la prise en charge du 9 août 2013, consistant en l'administration des culots érythrocytaires et du fer, la

- 10 - réalisation d'un examen par CT-scanner et le transfert au L. _____, était adéquate. Ils avaient relevé que la chute de l'hémoglobine communiquée à 11h00 et la nécessité d'administrer du sang aurait toutefois mérité une approche diagnostique plus rapide chez une patiente anticoagulée, le CT- scan n'ayant eu lieu qu'après 17h50. Selon eux,

rétrospectivement, sans ce retard quant à l'approche diagnostique (CT-scan), les chances d'une issue favorable auraient été meilleures. Les experts avaient toutefois précisé qu'ils ne pouvaient pas conclure à une violation des règles de l'art, car l'évolution de la patiente n'était pas typique pour suspecter une hémorragie à partir d'une artère importante deux jours après une intervention de petite envergure (P. 22, p. 8). Lors de son audition, le Dr Z._____ avait déclaré que le 9 août 2013, la patiente s'était plainte de douleurs abdominales, qu'elle avait le ventre relativement ballonné et une défense, soit une zone douloureuse à la palpation. Selon lui, aucun saignement intra-abdominal n'était possible dès lors que l'intervention n'avait pas eu lieu à cet endroit, raison pour laquelle il avait suspecté un saignement de l'artère honteuse et qu'il avait demandé un scanner. Or, celui-ci avait révélé qu'il y avait du sang à l'intérieur de l'abdomen. Il avait ajouté qu'il ne s'expliquait toujours pas à ce jour la cause et la source de cette hémorragie (PV aud. 1, I. 235 à 247). Interpellé au sujet des résultats de l'hémoglobine qui lui étaient parvenus le 9 août 2013, à 11h00, le Dr Z._____ avait indiqué que le taux d'hémoglobine était à 68, la norme se situant entre 100 et 120, et qu'il avait prescrit une première transfusion sanguine. Il avait précisé qu'il ne soupçonnait pas, au vu de l'état clinique de l'intéressée, qu'elle était en train de faire une hémorragie et, qu'en règle générale, si une hémorragie survenait après ce type d'intervention, elle s'extériorisait par voie vaginale et était rapidement constatée. Amené à préciser pour quelles raisons il n'avait pas immédiatement demandé un scanner à la communication des résultats du laboratoire, le médecin avait indiqué que c'était en raison de l'absence de signes extérieurs, cumulé à un état hemo-dynamique stable (PV aud. 1, I. 248-260). A cet égard, il avait

- 11 - mentionné que les valeurs hemo-dynamiques pouvaient rester stables un certain temps malgré une hémorragie, par système de compensation, avant de chuter. S'agissant de l'origine d'un taux d'hémoglobine inférieur à la norme, le Dr Z._____ avait expliqué qu'en l'absence de saignements extérieurs et d'hypotension, il avait considéré qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle hémorragie (PV aud. 1, I. 264-275). Interrogé quant au taux d'hémoglobine à 68 qu'il estimait « stable », le médecin avait déclaré que l'hemo-dynamique prenait en compte plusieurs paramètres, à savoir la tension, la diurèse (quantité d'urine) et les pulsations. Selon ses explications, le taux d'hémoglobine tout seul n'était pas suffisant pour faire un constat d'un état hemo-dynamique instable (PV aud. 1, I. 376- 381). Interpellé sur ces éléments lors de son complément oral, l'expert R._____ avait déclaré que la chute de l'hémoglobine était un indicateur que « cela avait saigné plus » que ce qui était habituellement le cas pour ce type d'opération. Il avait précisé qu'il s'agissait d'un facteur d'évaluation et que l'élément le plus important résidait dans l'état hémodynamique de la patiente (tension artérielle, pouls et respiration), qui ne semblait pas être préoccupant à ce moment-là. Il avait déclaré que la tension artérielle, le pouls et la température n'avaient pas été inquiétants avant l'après-midi, moment où le Dr Z._____ avait descendu la patiente pour un scanner. L'expert avait indiqué qu'il ressortait de la fiche de traçabilité pour la transfusion qu'il n'y avait eu aucune modification de l'état hémodynamique de la patiente jusqu'au moment du scanner. L'expert R._____ avait ajouté qu'un taux d'hémoglobine à 68 n'était pas une valeur inquiétante, précisant qu'il fallait regarder cette valeur à la lumière de l'état hémodynamique de la patiente. Il avait précisé que cette seule valeur n'était pas un indice suffisant que « le décours est défavorable » (PV aud. 5, I. 124-136). Invité à développer la conclusion de l'expertise selon laquelle les chances auraient été augmentées par une prise en charge diagnostique plus rapide, sans qu'il ne soit possible d'affirmer que l'issue aurait été finalement différente (P. 22, p. 9), l'expert R._____ avait

- 12 - expliqué que le personnel du L. _____ avait dû réagir dans l'urgence, que les choix thérapeutiques avaient été plus extrêmes (embolisation massive), alors que si la patiente était arrivée plus tôt, sa prise en charge aurait pu être plus sereine et l'embolisation plus sélective. Il avait déclaré ne pas connaître quel aurait été le décours même avec une embolisation plus sélective (PV aud. 5, l. 172-178). Quant aux céphalées, à la pâleur, aux sudations, ainsi qu'aux douleurs dans le dos que présentait A. _____, le Dr Z. _____ avait exposé qu'une sacro-spino-fixation utérine provoquait des douleurs au niveau des fesses ainsi que du dos et que beaucoup de patientes se plaignaient de ce genre de douleurs, sans que ce soit particulièrement exceptionnel ou le signe d'une situation alarmante (PV aud. 1, l. 394-396). L'expert R. _____ avait notamment déclaré qu'en post-opératoire, il était fréquent de constater un gonflement abdominal accompagné de douleurs abdominales et que la pâleur de la patiente était la conséquence d'un taux d'hémoglobine bas. Il avait relevé qu'il s'agissait de paramètres à prendre en considération mais qui étaient secondaires par rapport à l'état hémodynamique de l'intéressée. Pour le surplus, il avait confirmé son rapport en ce sens que le fait de ne pas avoir effectué un scanner plus tôt ne constituait pas une erreur (PV aud. 5, l. 195-201). S'agissant des choix thérapeutiques du Dr Z. _____, l'expert R. _____ avait déclaré que tout clinicien avait une marge d'évaluation importante, qu'il n'y avait pas de directives strictes en la matière et que le Dr Z. _____ était resté dans celle-ci. Il a exposé que le précité n'avait pas commis de faute en n'effectuant pas un scanner dès qu'il avait reçu les résultats du bilan sanguin, que c'était un choix qui pouvait se soutenir au vu de l'état de la patiente à ce moment-là. Selon lui, le fait de procéder à des transfusions sanguines dans un premier temps en observant l'évolution de la patiente ne pouvait pas être qualifié d'erreur. Il avait également indiqué que la reprise d'anticoagulants ne modifiait pas ses conclusions, dès lors que ces médicaments ne pouvaient pas être la cause d'une hémorragie massive. L'expert avait ajouté, qu'à la lumière de ce traitement et de l'état hémodynamique stable de la patiente, le Dr Z. _____ ne pouvait pas soupçonner un décours défavorable (PV aud. 5, l.

- 13 - 143-158). S'agissant des remarques de l'expertise au sujet du fait que « le laps de temps entre la chute de l'hémoglobine et les mesures diagnostiques restait inexplicé alors que la patiente sortait d'une intervention chirurgicale compliquée par une hémorragie et qu'elle était sous traitement d'anticoagulant » (P. 22, p. 4), l'expert avait indiqué que cette phrase, rédigée par le co-expert P. _____, pouvait être mal interprétée et qu'il ne fallait pas en déduire que le Dr Z. _____ aurait dû réagir plus tôt pour les raisons expliquées (PV aud. 5, l. 159-166). Au vu de ces éléments, le Ministère public central a considéré que toute faute de la part du gynécologue pouvait être écartée au sujet de la prise en charge d'A. _____ du 9 août 2013.

E. 3.7

Du transfert d'A. _____ au L. _____ Interrogé sur la manière dont le dossier d'A. _____ avait été présenté aux urgentistes du L. _____, le Dr Z. _____ avait expliqué qu'il avait eu un contact avec les médecins du L. _____ et qu'il avait rédigé un courrier manuscrit indiquant son numéro pour le contacter, document qu'il avait transmis au moment du transfert de la patiente (PV aud. 1, l. 406- 412). S'agissant de l'existence d'un protocole à suivre au moment d'un transfert, le Dr Z. _____ avait déclaré qu'il n'y en avait pas et qu'il fallait faire appel à son bon sens (PV aud. 1, l. 423). Ces propos avaient été corroborés par le Dr S. _____, médecin qui s'était occupé de la patiente au L. _____ à son arrivée. Il avait expliqué que les ambulanciers étaient formés pour prendre en charge le

malade et, qu'à titre personnel, il n'accompagnerait pas un patient sauf s'il avait un lien étroit avec celui-ci (PV aud. 3, l. 245-247). Interrogé sur la prise en charge de la patiente au L._____, le Dr S._____ avait renvoyé au rapport qu'il avait dû rédiger à l'attention de sa hiérarchie (annexe au PV aud. 3). Il avait déclaré qu'il avait rencontré A._____ sur la table d'opération alors qu'elle était en train

- 14 - d'être anesthésiée, qu'il avait appris par l'équipe des urgences (anesthésistes de garde) que celle-ci avait été opérée 48 heures auparavant à la Clinique T._____ et qu'elle avait eu des saignements vaginaux la veille de son transfert au L._____. Il avait déclaré n'avoir vu personne de la Clinique T._____ et, qu'à sa connaissance, aucun CD n'avait été transmis au L._____ (PV aud. 3, l. 202-203). Interpellé quant à savoir s'il était assez courant de ne pas disposer de ces informations, le Dr S._____ avait relevé que, normalement, le chirurgien ayant effectué l'opération initiale contactait directement le L._____ pour transmettre les informations, notamment ses hypothèses sur l'origine des saignements. Invité à se déterminer sur la transmission des informations entre la Clinique T._____ et le L._____, l'expert R._____ avait déclaré que, pour sa part, il considérait que la transmission avait été mal faite. Selon lui, l'opérateur devait transmettre directement les informations à l'équipe prenant en charge la patiente. Il avait toutefois précisé que l'organisation du L._____ semblait relativement complexe, qu'il y avait des intermédiaires dans la prise en charge du patient jusqu'au radiologue (PV aud. 5, l. 208-209) et qu'il était usuel de mettre les documents de la patiente sur le lit ou le brancard au moment de son transfert (PV aud. 5, l. 219-220). A la question de savoir si le fait que l'opérateur ne transmette ni le scanner ni ses constats constituait une faute professionnelle, l'expert avait déclaré qu'il avait de la peine à répondre car il n'avait jamais été confronté à cette problématique et que, selon lui, il n'existait pas de directives à ce sujet. Au vu de ces éléments, le Ministère public a considéré qu'il n'avait pas été possible de définir si la transmission d'informations avait été défailante ou non. En effet, les déclarations du Dr Z._____, qui soutenait avoir rédigé et transmis au moment du transfert de la patiente un courrier manuscrit indiquant son numéro pour le contacter n'avait pas été démenti. Au contraire, l'expert avait précisé qu'il était usuel de mettre les documents de la patiente sur le lit ou le brancard au moment de son

- 15 - transfert, que l'organisation du L._____ semblait relativement complexe et qu'il y avait des intermédiaires dans la prise en charge du patient jusqu'au radiologue. Ainsi, une perte d'informations n'était malheureusement pas exclue, sans que l'on puisse en imputer une responsabilité au Dr Z._____. Cela étant, même dans l'hypothèse où la transmission des informations avait été défailante, celle-ci n'avait pas eu d'incidence sur la prise en charge d'A._____ par le L._____.

E. 3.8

De la prise en charge au L._____ S'agissant du choix d'emboliser les deux artères iliaques, le Dr S._____ avait déclaré n'avoir eu aucune information permettant de savoir si l'hémorragie se situait à gauche ou à droite. Il avait expliqué qu'au vu de cette situation et de la quantité de sang mise en évidence par l'échographie, une intervention chirurgicale avait été exclue car elle présentait trop de risques (PV aud. 3, l. 69-79). Le radiologue avait précisé qu'au moment où il avait pris la décision d'emboliser, il ne connaissait pas les antécédents médicaux de la patiente. Il avait cependant considéré que, même s'il les avait connus, la situation était telle en termes de gravité que cela n'aurait pas changé sa décision. Il avait concédé que, quand bien même il eût disposé d'éléments médicaux supplémentaires,

il aurait procédé de la même manière (PV aud. 3, I. 186-189), qu'il n'aurait pas pu agir plus vite et que la prise en charge d'A._____ avait été très rapide, plus rapide que la norme (PV aud. 3, I. 227-230). De l'avis des experts, la prise en charge médico-chirurgicale au L._____ avait été adéquate. Ils avaient relevé que l'état critique de la patiente ne laissait probablement pas d'autres choix à l'équipe médicale que de tenter de stopper l'hémorragie, en acceptant les risques associés à une embolisation des artères iliaques internes par voie fémorale (P. 22, p. 8). En l'occurrence, s'agissant des complications vécues par la patiente, le Dr S._____ avait expliqué qu'elles étaient liées à l'embolisation massive. Il s'agissait de complications épouvantables mais

- 16 - rares, qui n'intervenaient que dans 3% à 6% des cas. Selon lui, les personnes diabétiques, âgées, qui avaient de l'artériosclérose et qui étaient en état de choc, étaient sujettes aux complications évoquées (PV aud. 3, I. 101-104). En l'espèce, A._____ présentait des comorbidités, elle était âgée et avait surtout perdu beaucoup de sang. En outre, il avait exposé que s'il n'avait embolisé que d'un côté, A._____ aurait pu présenter les mêmes complications de nécrose, mais limitées à la partie embolisée, soit à gauche. Il avait précisé que la patiente n'aurait en revanche pas évité l'insuffisance rénale, ni le dysfonctionnement des organes, qui avaient été endommagés par l'hémorragie (PV aud. 3, I. 239- 242). Au vu de ces éléments, le Ministère public central a considéré que la prise en charge au L._____ ne prêtait pas le flanc à la critique, de sorte que l'on ne pouvait imputer une quelconque faute à l'un ou l'autre des médecins.

E. 3.9

De l'hypothèse la plus vraisemblable Se fondant sur les explications des experts, le Ministère public a considéré que l'hypothèse la plus vraisemblable à l'origine de l'hémorragie provenait d'une lésion de l'artère utérine.

E. 3.10

Du lien de causalité La procureure a d'abord constaté que dès lors qu'aucune violation des règles de l'art n'avait été objectivée, il n'y avait pas lieu de trancher la question du lien de causalité entre l'intervention chirurgicale effectuée le 7 août 2013 à la Clinique T._____ et le décès d'A._____ survenu le 16 octobre 2013 au L._____. Elle a en outre considéré que, même dans l'hypothèse où une violation des règles de l'art avait été admise, les experts avaient exposé que la raison du saignement ayant provoqué le choc hémorragique n'avait

- 17 - pas pu être déterminée avec certitude rétrospectivement, notamment en raison des multiples interventions chirurgicales qui avaient eu lieu dans la région concernée après le 7 août 2013 et qui avaient profondément modifié les structures (P. 22, p. 6). Ils avaient précisé que l'évolution fatale était le résultat de complications survenues dans les suites opératoires, chez une personne âgée de 78 ans, présentant des comorbidités cardiaques importantes telles qu'une fibrillation auriculaire traitée par anticoagulant, une cardiopathie hypertrophique et une hypertension artérielle (P. 22, p. 6). Ainsi, sur la base de l'ensemble des renseignements à leur disposition, les experts avaient considéré que l'intervention chirurgicale initiale du 7 août 2013 à la Clinique T._____, au cours de laquelle une lésion artérielle avait dû survenir, était à l'origine de l'enchaînement fatal, mais que de très nombreuses complications survenues par la suite et les pathologies préexistantes avaient toutefois largement contribué à la décision de l'arrêt thérapeutique, et avec cela, au décès, le 16 octobre 2013, au L._____, d'A._____ (P. 22, p. 8). Les experts avaient conclu

leur rapport d'expertise en indiquant que les nombreuses interventions motivées par les complications précitées, qui s'étaient enchaînées, avaient empêché une analyse fine (P. 22, p. 9). Dans ces circonstances, le lien de causalité entre l'intervention du 7 août 2013 à la Clinique T. _____ et le décès survenu le 16 octobre 2013 au L. _____ n'avait pas pu être posé avec le degré de vraisemblance exigé par la jurisprudence. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Ministère public central a considéré qu'il ne pouvait être fait grief à quiconque, plus particulièrement au Dr Z. _____, d'avoir violé une règle de l'art médical, de sorte que toute infraction pouvait être exclue.

- 18 - C. Par acte du 28 août 2017, P.F. _____ et B.F. _____ ont conjointement recouru auprès de la Chambre des recours pénale contre cette ordonnance, en concluant à la condamnation du ou des responsables pour homicide par négligence, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sur le suivi post-opératoire, les frais de deuxième instance étant laissés à la charge de l'Etat. Il n'a pas été ordonné d'échange d'écritures. En droit : 1. Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Ce recours s'exerce auprès de l'autorité de recours (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 d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; RSV 312.01] ; art. 80 LOJV [Loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). Le recours doit être adressé par écrit, dans un délai de dix jours, à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP). En l'espèce, interjeté en temps utile devant l'autorité compétente, par des parties plaignantes qui ont qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), et satisfaisant aux conditions de forme prescrites (art. 385 al. 1 CPP), le recours formé par P.F. _____ et B.F. _____ 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),

- 19 - 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 ou à toute sanction en vertu de dispositions légales (let. e). L'art. 319 al. 2 CPP prévoit encore deux autres motifs de classement exceptionnels (intérêt de la victime ou consentement de celle-ci au classement). De manière générale, les motifs de classement sont ceux « qui déboucheraient à coup sûr ou du moins très probablement sur un acquittement ou une décision similaire de l'autorité de jugement » (Message du Conseil fédéral relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 pp. 1057 ss, spéc. 1255). Un classement s'impose donc lorsqu'une condamnation paraît exclue avec une vraisemblance confinant à la certitude. La possibilité de classer la procédure ne saurait toutefois être limitée à ce seul cas, car une interprétation aussi restrictive imposerait un renvoi en jugement, même en présence d'une très faible probabilité de condamnation (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1 ; TF 1B_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1). Le principe in dubio pro duriore exige donc simplement qu'en cas de doute, la procédure se poursuive. Pratiquement, une mise en accusation s'impose lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement. En effet, en cas de doute, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1 ; ATF 138 IV 186 consid. 4.1

; ATF 137 IV 219 consid. 7 ; TF 1B_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1). Enfin, le constat selon lequel aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (art. 319 al. 1 let. a CPP) suppose que le Ministère public ait préalablement procédé à toutes les mesures d'instruction pertinentes susceptibles d'établir l'existence de soupçons suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 10 mai 2016/305 et les références citées).

- 20 -

E. 4.1

Les recourants soutiennent qu'A._____ aurait dû faire l'objet d'une surveillance accrue et que l'éventualité d'une hémorragie aurait dû être suspectée, voire même redoutée, à la moindre complication ou anomalie. Cet avis serait corroboré par une des conclusions du rapport d'expertise selon laquelle la mise en place précoce de l'anticoagulation aurait dû être accompagnée d'une surveillance accrue et d'une gestion proactive, lorsque l'hémoglobine a chuté au point de nécessiter une transfusion. Ainsi, la chute de l'hémoglobine analysée entre 10h00 et 11h00, les autres symptômes (pâleur, malaise, ballonnement et douleur au ventre) et l'absence d'amélioration auraient dû faire suspecter au Dr Z._____ et à l'équipe soignante la survenue d'une hémorragie interne et entraîner une réaction en conséquence vu le risque vital. Le fait d'avoir attendu jusqu'à 17h40 pour décider d'effectuer un scanner et non une intervention d'urgence constituerait un défaut de surveillance et une

- 21 - défaillance du suivi post-opératoire, soit une faute professionnelle et une violation des règles de l'art. A titre subsidiaire, les recourants soutiennent que le Dr Z._____ aurait fait preuve de légèreté et de négligence au moment du transfert de sa patiente au L._____, dès lors qu'il n'aurait pas transmis les informations cruciales sur son état à l'équipe qui allait la prendre en charge. Enfin, il y aurait un lien de causalité adéquate entre les manquements dans le suivi post-opératoire et les décès d'A._____.

E. 4.2

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 la réunion de trois conditions: le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; TF 6B_512/2010 du 26 octobre 2010 consid. 2.1).

E. 4.2.1

L'infraction d'homicide par négligence suppose en règle générale un comportement actif. Elle peut toutefois aussi être commise par le fait d'un comportement passif contraire à une obligation d'agir (cf. art. 11 al. 1 CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit pas. Lorsque l'homicide par négligence résulte d'une omission (délict d'omission improprement dit), la réalisation de l'infraction suppose, en outre, que la personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait, au moment de son omission, dans une situation de garant, c'est-à-dire que l'auteur se soit trouvé dans une situation qui l'obligeait à ce point à protéger un bien déterminé contre des dangers indéterminés (devoir de protection), ou à empêcher la réalisation de risques connus auxquels des biens indéterminés étaient exposés (devoir de surveillance), que son omission peut être assimilée au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (art. 11 al. 2 et 3 CP ; ATF 136 IV 188 consid. 6.2 ; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.1 ; TF 6B_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B_1/2011 du 31 août 2011 consid. 2.1). La loi énumère plusieurs situations pouvant fonder une position de

garant, à savoir la loi, un contrat, une communauté de risques librement consentie ou la création d'un risque (art. 11 al. 2 CP). Il est ainsi généralement admis que le médecin et le personnel soignant ont une position de garant vis-à-vis de leurs patients (Dupuis et alii, Petit commentaire, Code pénal, 2e éd., Bâle

- 22 - 2017, n. 11 ad art. 11 CP). Pour délimiter les responsabilités en cas de travail médical en équipe, la doctrine pénale recourt au principe de la confiance (Trechsel/Jean-Richard-dit-Bressel, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxis-kommentar, 2e éd., 2013, n. 11 ad art. 11 CP ; Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie générale, 2008, n. 1376 ss), développé en matière de circulation routière, selon lequel tout conducteur peut compter, en l'absence d'indice contraire, avec une certaine prudence des autres personnes (ATF 118 IV 277 consid. 4). De la même manière, en cas de division horizontale du travail, chaque travailleur doit pouvoir légitimement s'attendre à ce que son collègue respecte ses devoirs, tant qu'aucune circonstance ne laisse présumer le contraire. En cas de répartition verticale, la doctrine subordonne le principe de la confiance à l'obligation, pour le supérieur, de choisir un auxiliaire qualifié, de lui donner les instructions nécessaires et de le surveiller correctement (*cura in eligendo, custodiendo et instruendo* ; Seelmann, Basler Kommentar, Strafrecht I, vol. I, 2013, n. 41 ad art. 11 CP ; Roth, Le droit pénal face au risque et à l'accident individuels, Lausanne 1987, p. 88 ss ; ATF 120 IV 300 consid. 3d/bb).

E. 4.2.2

L'art. 12 al. 3 CP prévoit qu'agit par négligence quiconque, par une imprévoyance coupable, commet un crime ou un délit sans se rendre compte des conséquences de son acte ou sans en tenir compte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle. Ainsi, deux conditions doivent être remplies pour qu'il y ait négligence. En premier lieu, il faut que l'auteur ait violé les règles de la prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale, qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1). 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

- 23 - lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable. Dans les domaines d'activités régis par des dispositions légales, administratives ou associatives reconnues, destinées à assurer la sécurité et à éviter des accidents, le devoir de prudence comprend en particulier le respect de ces dispositions (ATF 122 IV 133 consid. 2a ; TF 6B_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B_748/2010 et 6B_753/2010 du 23 décembre 2010 consid. 4.1). En second lieu, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les réf. citées). 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 et d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité civile 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. Cette notion ne doit toutefois 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. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical ainsi qu'à toute maladie. 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

- 24 - considération. Le médecin ne viole ses devoirs 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 pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les réf. citées, JdT 2004 I 497).

E. 4.2.3

L'information médicale fait partie des obligations professionnelles générale du thérapeute, peu importe que celui-ci agisse en vertu d'un contrat de droit privé, en qualité de fonctionnaire ou d'employé de l'Etat. Il incombe au médecin de donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance. Ces informations – en tant que préalables nécessaires – doivent permettre au patient de se prononcer sur le traitement proposé en toute connaissance de cause et ainsi de pouvoir donner un consentement libre et éclairé. Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre. On ne saurait non plus exiger que le médecin renseigne minutieusement un patient qui a subi une ou plusieurs opérations du même genre ; toutefois, s'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet. Une limite particulière découle aussi du privilège thérapeutique, qui permet, le cas échéant, que l'information donnée au malade ne suscite pas chez lui un état d'appréhension préjudiciable à sa santé ; un pronostic grave ou fatal peut être caché au patient, mais doit en principe être révélé à ses proches ; il appartient en définitive au médecin d'apprécier les risques d'une information complète et de limiter si nécessaire cette information à ce qui est compatible avec l'état physiologique et psychologique du malade. Le

- 25 - devoir d'informer tombe au surplus s'il ressort des circonstances de l'espèce que le patient est déjà renseigné ou est censé l'être (par exemple s'il est lui-même médecin), ou encore s'il donne son accord au traitement proposé en renonçant expressément ou par une attitude sans équivoque à recevoir de plus amples informations (TF 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 3.2.2 et les réf. citées).

E. 4.2.4

Le risque de survenance du résultat est reconnaissable ou prévisible pour l'auteur lorsque son comportement est propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit ou, au moins, à le favoriser. La chaîne des événements conduisant au résultat doit être prévisible pour l'auteur à tout le moins dans ses grandes lignes. Il faut d'abord se demander si l'auteur aurait pu et dû prévoir, ou reconnaître, la mise en danger des biens juridiquement protégés de la victime. La réponse à cette question nécessite de recourir à la notion de causalité adéquate. Le comportement doit ainsi être propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit ou, au moins, à le favoriser (TF 6B_1068/2013 du 23 juin 2014 consid. 2.2 et les arrêts cités). La prévisibilité de la cause ayant entraîné le résultat ne doit être niée que lorsque des circonstances tout à fait exceptionnelles, comme la faute concomitante d'un tiers ou le comportement de la victime, interviennent comme causes concurrentes, qu'on ne devait tout simplement pas compter avec elles et qu'elles ont une importance telle qu'elles apparaissent comme la cause la plus probable et la plus immédiate du résultat, reléguant ainsi à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener, en particulier le comportement de l'auteur. En règle générale, le concours de plusieurs causes concomitantes ne rompt pas le lien de causalité entre un acte déterminé et le résultat qui s'en suit (ibidem). Pour attribuer la survenance du résultat à un comportement coupable de l'auteur, sa seule prévisibilité ne suffit pas. Il faut encore

- 26 - savoir si le résultat était également évitable. Il faut à cet égard analyser et examiner le déroulement causal hypothétique des événements pour déterminer si le résultat ne se serait pas produit si l'auteur avait eu un comportement conforme à ses devoirs. Pour qu'on puisse compter avec le résultat, il suffit que le comportement de l'auteur apparaisse, avec un haut degré de vraisemblance ou avec une vraisemblance confinant à la certitude, comme la cause du résultat (ibidem).

E. 4.3.1

En l'espèce, contrairement à ce que soutiennent les recourants, on ne voit pas de contradictions entre les constatations de fait, les conclusions de l'expertise et l'appréciation qui en est faite par la procureure. Les experts ont effectivement relevé que la chute de l'hémoglobine communiquée à 11h00 et la nécessité d'administrer du sang aurait mérité une approche diagnostique plus rapide chez une patiente anticoagulée, le CT-scan n'ayant eu lieu qu'après 17h50 et que, rétrospectivement, sans ce retard quant à l'approche diagnostique (CT- scan), les chances d'une issue favorable auraient été meilleures. Ils ont toutefois également relevé que l'appréciation discutable du Dr Z. _____ ne constituait pas une violation des règles de l'art, dès lors que l'évolution de la patiente n'était pas typique pour suspecter une hémorragie à partir d'une artère importante deux jours après une intervention de petite envergure (P. 22, p. 8). Autrement dit, le médecin a fait une erreur, mais celle-ci n'est pas fautive au sens pénal du terme : elle est excusable au vu de la situation que présentait la patiente. Enfin, même à supposer qu'il y ait eu violation des règles de l'art, ce qui n'est pas établi, il doit exister un rapport de causalité naturelle et adéquate entre le comportement que l'on reproche à l'auteur et le décès de la victime. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Certes, comme déjà mentionné ci-dessus, les experts ont constaté que si le CT-scan avait été effectué plus tôt, les chances d'une issue favorable auraient été meilleures. Ils ont également constaté que l'intervention initiale du 7 août 2013

était à l'origine de l'enchaînement

- 27 - fatal (P. 22, p. 8). Toutefois, ils ont relevé, d'une part, que l'évolution fatale était le résultat des complications survenues dans les suites opératoires chez une personne âgée de 78 ans, présentant des comorbidités cardiaques importantes, qui avaient abouti à un retrait thérapeutique, et, d'autre part, qu'il n'était pas possible d'affirmer avec certitude qu'une prise en charge diagnostique plus rapide et plus réactive après avoir constaté une chute importante de l'hémoglobine aurait pu améliorer les chances d'une issue favorable. Autrement dit, il n'est pas possible de retenir avec une vraisemblance confinante à la certitude qu'A. _____ ne serait pas décédée si la prise en charge diagnostique avait été plus rapide et plus réactive. Il n'est donc pas certain qu'A. _____ ne soit pas tout de même décédée s'il avait été agi différemment. Par conséquent, le lien de causalité entre les prétendus manquements et le décès d'A. _____ fait défaut.

E. 4.3.2

Quant à la transmission des informations entre le Dr Z. _____ et le personnel du L. _____, il n'a pas été possible de définir exactement comment les choses s'étaient passées. Quoiqu'il en soit, comme l'a justement relevé le Ministère public, une éventuelle défaillance dans la transmission des informations n'a pas eu d'incidence sur la prise en charge d'A. _____ par le L. _____, ce que les recourants ne contestent d'ailleurs pas.

E. 5

Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, les conditions d'application de l'art. 117 CP ne sont pas réunies. C'est donc à bon droit que le Ministère public central a rendu une ordonnance de classement.

E. 6

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et l'ordonnance attaquée confirmée. Vu l'issue du recours, les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt, par 2'750 fr. (art. 20 al. 1

- 28 - TFIP [tarif des frais judiciaires de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; RSV 312.03.1]), seront mis à la charge des recourants, qui succombent (art. 428 al. 1 CPP), à parts égales et solidairement entre eux (cf. art. 418 al. 1 et 2 CPP). Par ces motifs, la Chambre des recours pénale prononce : I. Le recours est rejeté. II. L'ordonnance du 14 août 2017 est confirmée. III. Les frais d'arrêt, par 2'750 fr. (deux mille sept cent cinquante francs), sont mis à la charge des recourants P.F. _____ et B.F. _____, à parts égales et solidairement entre eux IV. L'arrêt est exécutoire. Le président : 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 : - Mme P.F. _____, - M. B.F. _____, - Ministère public central ;

- 29 - et communiqué à : - Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales, - M. Z. _____, 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). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.