



POUVOIR JUDICIAIRE

P/7584/2013

ACPR/343/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du mardi 26 mai 2020

Entre

A _____, représenté par B _____ et C _____,

B _____ et C _____, domiciliés _____,

comparant tous trois par M^c D _____, avocat, _____,

recourants,

contre l'ordonnance de classement rendue le 5 juillet 2019 par le Ministère public,

et

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

intimé.

EN FAIT :

- A. a.** Par acte déposé au greffe de la Chambre de céans le 16 juillet 2019, B_____ et C_____ recourent contre l'ordonnance du 5 juillet 2019, notifiée le 8 suivant, par laquelle le Ministère public a classé leur plainte du 14 mai 2013.

Les recourants concluent, avec suite de frais, à l'annulation de ladite ordonnance et à ce que la cause soit renvoyée au Ministère public afin qu'il donne suite à leurs réquisitions de preuve du 18 octobre 2018.

b. Les recourants ont versé les sûretés en CHF 1'500.- qui leur étaient réclamées par la Direction de la procédure, étant précisé que leur fils, A_____, bénéficie de l'assistance judiciaire.

- B.** Les faits pertinents suivants ressortent du dossier à disposition de la Chambre de céans :

a. Le 29 octobre 2012, un IRM de A_____ a montré une lésion interventriculaire des ventricules latéraux et partiellement du 3^{ème} ventricule compatible avec un neurocytome central (PP C-20'060).

b. Le 1^{er} novembre 2012, A_____ a été opéré, [à] E_____ (ci-après : E_____), par le Dr F_____ et le Dr G_____, assistés par le Dr H_____, qui ont pratiqué une résection macroscopiquement complète de la tumeur par abord trans-ventriculaire frontal droit. L'opération s'était bien déroulée, l'exérèse étant presque complète sur le plan tumoral. Il n'y avait pas eu de complication per-opératoire. La cavité chirurgicale avait été remplie avec de l'eau ; un cathéter de dérivation ventriculaire externe (aussi appelé drain ventriculaire externe, ci-après: DVE), clampé, ainsi qu'un redon avaient été posés (PP A-26 et A-27). L'intervention s'était terminée à 16h12 (PP C-20'113) et le patient avait été transféré dans l'unité des soins intensifs (PP C-20'114). Le soir de son opération, il présentait une hémiparésie gauche, après avoir été extubé, et a passé un scanner cérébral à 21h01 (PP C-20'115; dont les résultats ne figurent pas au dossier). Durant la nuit, une régression spontanée des symptômes a été notée (PP A-34).

c. Le 2 novembre 2012, il a présenté un Glasgow (ci-après: GCS, échelle de mesure de l'état de conscience) à 14/15, une hémiparésie gauche 4/5 avec parésie faciale centrale et ataxie gauche et était légèrement confus. Le scanner post-opératoire n'a pas montré d'hémorragie ou d'hydrocéphalie (PP A-34, A-48).

Au vu de la bonne évolution post-opératoire et de son très bon état neurologique, l'équipe de médecin de jour a décidé son transfert dans l'unité des soins normaux de

neurochirurgie (PP C-20'060). Il a vomi durant le transfert des soins intensifs, ainsi que lors de l'IRM de contrôle (PP A-57 et A-51).

À l'unité des soins normaux, il s'est plaint de céphalées, qu'il a évaluées à 6 sur une échelle de 1 à 10. Le soir, il était inconfortable en raison de ses équipements ("*DVE clampé, redon et SAD*"), mais après avoir pris des mesures adéquates (enfiler un caleçon), il était plus calme, étant moins gêné (PP A-52 et A-57). Il arrivait à se situer dans l'espace mais présentait une désorientation temporelle.

d. Le 3 novembre 2012, le redon a été enlevé, sans saignement. Dans l'après-midi, il a présenté des épisodes confusionnels, avec désorientation temporo-spatiale ; a vomi, après avoir mangé du chocolat ; a tenté d'arracher sa sonde urinaire et de toucher son pansement à la tête. Il présentait un GCS à 15. En début de soirée, il était plus calme (PP A-52 et A-51).

e. Le 4 novembre 2012, entre 6h40 et 7h00, alerté par B_____, le personnel soignant est intervenu car A_____, présentait une chute de GCS à 3 et était "*non-responsive*". Un scanner a été réalisé en urgence et a révélé un saignement au niveau de la cavité opératoire avec une hydrocéphalie aiguë. A_____ a ensuite été amené au bloc opératoire pour traiter l'hydrocéphalie par la mise en place d'un drain perméable. L'intervention s'est bien passée. Le scanner cérébral a confirmé une discrète diminution de l'hydrocéphalie avec persistance de l'engagement amygdalien, l'apparition d'un important hématorne capsulo-lenticulaire D et une nette majoration de l'hématorne ventriculaire (PP A-50, A-58 et A-102).

f. Malgré avoir subi plusieurs interventions chirurgicales (PP A-105 et 106, A-111 et 112, A-116 et 117 et A-121 et 122), A_____ était depuis lors dans un état comateux profond, soit un état végétatif (PP A-129, A-128 et A-132).

g. Par ordonnance du 18 avril 2013 (DTAE/1770/2013), le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a instauré une curatelle de portée générale (art. 398 CC) en faveur de A_____, durablement incapable de discernement, et a désigné ses parents, B_____ et C_____, aux fonctions de curateurs (PP A-130 à A-134).

h. Le 14 mai 2013, B_____ et C_____, agissant au nom de leur fils, ont déposé plainte contre [l'établissement] E_____ et plusieurs membres du personnel soignant, pour lésions corporelles par négligence et mise en danger de la vie d'autrui.

Ils ont expliqué que, le 3 novembre 2012, après l'ablation du redon, A_____ avait commencé à s'agiter, parlait mais était confus, n'arrivait plus à dormir, se plaignait de maux de tête et essayait d'arracher ses équipements. A minuit, l'infirmière avait contrôlé A_____ et dit à sa mère que tout allait bien. Après son passage, B_____ avait rappelé l'infirmière à plusieurs reprises, en raison de la présence de sang sur le

pansement de la tête de son fils; de vomissements, à deux reprises; du fait qu'il tentait d'arracher ses équipements. A aucun moment, l'infirmière n'avait contrôlé l'état de santé de A_____ se limitant à de brefs contrôles visuels. Dès 4h00 du matin, ce dernier s'était calmé. Il semblait somnoler et ne parlait plus, ce que l'infirmière avait jugé normal, celui-ci étant probablement en train de s'endormir. Aux alentours de 6h40, alors que A_____ avait soudainement ouvert les yeux, commençait à convulser et avait une respiration très agitée, B_____ avait, à nouveau, appelé l'infirmière qui s'était alors limitée à lui dire qu'il faisait probablement un mauvais rêve, précisant que sa collègue de jour allait arriver pour effectuer un contrôle. Quelques minutes plus tard, A_____ ne respirait plus et, après que B_____ eut à nouveau alerté le personnel soignant, il avait été pris en charge en urgence. Parallèlement, alors que l'infirmière de nuit quittait son service, elle avait confié à B_____ qu'il n'était pas normal qu'un patient de l'état de son fils se retrouve dans l'unité des soins normaux. Quelques heures plus tard, le Dr F_____ était venu leur dire que leur fils avait eu un problème à 4h00 du matin.

i. Entendue par le Ministère public, B_____ a expliqué que son mari et elle avaient décidé de se relayer au chevet de leur fils car la chambre dans laquelle il avait été transféré dès le 2 novembre 2012 ne leur semblait pas adaptée à son état. Durant la nuit du 3 novembre 2012, le Dr I_____ avait rendu visite à son fils vers 21h00-22h00. Seules des personnes du corps infirmier étaient venues ensuite. Elle avait fait appel au personnel soignant à plusieurs occasions ; avant 3h00 car son fils avait vomi à deux reprises, devenait de plus en plus confus et agité et qu'il y avait du sang sur le bandage et l'oreiller, ce à quoi l'infirmière avait dit "*ce n'est pas grave*"; à 3h00 car A_____ tentait d'arracher sa sonde urinaire ; c'est alors que l'infirmière lui avait attaché le bras. Lors du passage de cette dernière, les paroles de A_____ n'avaient pas de sens, ce à quoi l'infirmière avait expliqué que c'était normal. Vers 4h00, l'infirmière avait fait une visite spontanée et avait constaté que le patient était en train de s'assoupir, celui-ci ayant les yeux mi-clos, bougeant lentement son bras et ne parlant plus. Elle n'avait effectué aucun contrôle. Entre 4h00 et 6h45, il n'y avait eu aucun examen.

j. Entendues par le Ministère public, J_____ et K_____, infirmières ayant pris en charge A_____ durant la journée des 2, 3 et 4 novembre 2012, ont expliqué que le patient n'était pas particulièrement agité, et qu'il bougeait en raison de la gêne occasionnée par les équipements, raison pour laquelle il avait été nécessaire de lui attacher le bras. Durant la journée du 3 novembre 2012, A_____ avait eu des phases de désorientation et des vomissements, symptômes qui étaient usuels après le type d'intervention subie. Dans la nuit du 3 au 4 novembre 2012, il y avait eu une trace de petit saignement sur le bandage autour de sa tête, qui pouvait s'expliquer par la cicatrice et la présence du drain, ce qui était fréquent. Le saignement n'étant pas abondant, cela ne nécessitait pas d'examens complémentaires. Le patient n'avait pas présenté de signe particulier, ses constantes étant restées stables. Durant les visites, à minuit et 4h00, il avait été procédé au contrôle chirurgical du patient en lui parlant.

Sa tension, sa température et ses pulsations cardiaques étaient dans la norme. En plus de la fréquence des contrôles habituels, soit toutes les 4 heures, l'infirmière ou l'aide-soignante étaient intervenues toutes les heures sur "sonnette" de B_____, soit une dizaine de fois. Jusqu'à 7h00, aucune baisse de l'état de conscience n'avait été constatée et le patient bougeait ses quatre membres.

Selon K_____, A_____, en raison de ses équipements, aurait dû être placé en soins intensifs ou intermédiaires, unité dans laquelle les contrôles étaient plus fréquents, soit toutes les deux heures, et où le matériel de contrôle était branché en permanence.

k. L_____, ancienne collègue de B_____, M_____, sœur de L_____ et N_____, amie de longue date des parents de A_____, accompagnée de sa fille, ont rendu visite à ce dernier, au même moment, soit en début d'après-midi le 3 novembre 2012. Elles étaient restées entre 10 et 30 minutes. Elles ont constaté que A_____ était agité. L_____ et N_____ ont relevé qu'il mélangeait la réalité et ce qui se passait à la télévision et qu'il s'était plaint d'avoir mal à la tête. N_____ n'avait pas perçu de changement dans l'état de A_____ entre son arrivée et son départ.

l. Le 20 novembre 2013, le Ministère public a ordonné une expertise médicale afin de déterminer les causes de l'état de santé actuel de A_____, ainsi que les rôles et responsabilités éventuelles dans la survenance de cet état. Il a confié le mandat au Pr O_____, médecin chef au Service de Neurochirurgie du Centre hospitalier P_____ (ci-après: P_____).

m. Le 16 juin 2014, le Pr O_____ a rendu son expertise, complétée par son audition du 9 novembre 2015 et les rapports des 1^{er} avril 2016 et 13 mars 2017.

Selon lui, la dégradation de l'état de santé du patient était multifactorielle. Elle était due à une hydrocéphalie aiguë engendrée par un saignement, lui-même provoqué par un ramollissement veineux au niveau de la cavité opératoire, essentiellement des deux veines profondes. Selon le protocole applicable [à] P_____, compte tenu de l'importance de la tumeur, du geste chirurgical, et de la présence d'un DVE, une hospitalisation de plusieurs jours aux soins intensifs ou aux soins continus aurait été nécessaire, avec une surveillance rapprochée. Le transfert précoce en soins normaux constituait une violation des règles de l'art imputable au service de neurochirurgie [à] P_____, car l'équipement dans une telle unité ne correspondait pas au besoin de surveillance après ce type d'opération. Il était nécessaire de pouvoir mesurer la pression et la quantité de liquide sortant du drain. Certains hôpitaux disposaient de ce type d'équipements dans l'unité des soins normaux, mais en l'absence de renseignements suffisants sur l'organisation [de] E_____, il n'était pas en mesure de se prononcer. Chaque unité de chaque hôpital disposait de ses propres directives quant à la prise en charge de patients. Si A_____ était resté plus longtemps aux soins intensifs, une surveillance plus rapprochée aurait permis de détecter plus tôt

une complication, ce qui aurait pu permettre une prise en charge plus rapide de cette dégradation neurologique.

Cependant, il ne pouvait affirmer que cela aurait pu éviter les lésions. En effet, le saignement à l'origine de l'hydrocéphalie était une complication assez rare, qui se manifestait par une baisse de conscience et pouvait également être visible par des saignements extérieurs importants, lesquels devaient être distingués d'un petit saignement habituel dans le type d'opération subie par A_____. Le saignement aurait pu être détecté plus tôt en présence de la combinaison de symptômes pouvant indiquer des complications, tels que des céphalées, des vomissements et une baisse de l'état de conscience, qui pouvait être caractérisée par une agitation si celle-ci n'était pas présente dans les 24 heures post-opératoires. Des vomissements isolés n'étaient pas alarmants, et la présence de sang sur le bandage de la tête du patient n'était pas inhabituelle ou dangereuse, celle-ci pouvant provenir de la plaie.

Aucune indication au dossier ne permettait de conclure que le patient présentait de tels symptômes dans les 12 heures précédant la dégradation constatée à 7h00 le 4 novembre 2012. Dans le cas présent, il n'était pas possible de dire si le saignement avait été diagnostiqué de manière tardive. En effet, peu de traitements existaient pour traiter le ramollissement veineux détecté, raison pour laquelle il n'était pas possible d'assurer que l'état du patient aurait été meilleur s'il avait été pris en charge plus rapidement.

Concernant le DVE, après le type de chirurgie subie par A_____, la mise en place d'un drain était totalement justifiée. Son ouverture ou son clampage dépendaient cependant de la situation clinique du patient, des constatations per-opératoires et du suivi par imagerie. Compte tenu des constatations du Dr F_____ durant la chirurgie, soit d'un important affaissement de la convexité cérébrale, un clampage momentané du drain était justifié. Cependant la situation radiologique et clinique du patient ne correspondait pas tout à fait auxdites constatations, puisque le scanner effectué immédiatement après l'intervention ne montrait qu'une discrète diminution de l'hydrocéphalie, ce qui signifiait que la dilatation ventriculaire persistait et qu'elle était juste en phase de régression par rapport à l'imagerie pré-opératoire. Cet élément amenait l'expert à conclure que le scanner cérébral ne montrait pas un affaissement cérébral, et dans un tel cas, le clampage n'était pas justifié, ce d'autant que l'IRM réalisé le lendemain de l'opération montrait une dilatation ventriculaire globalement "*stable*".

n. Le Dr G_____ et le Dr F_____ ont contesté l'existence d'une violation des règles de l'art. Après ce type d'opération, la règle était de transférer le patient en soins intensifs durant la première nuit et, par la suite, dans l'unité des soins normaux, sauf complication ou évolution défavorable. La décision de transfert dans l'unité normale était prise par l'équipe de médecins de jour, composée des neurochirurgiens et des

médecins des soins intensifs présents à la visite du matin, et en fonction de l'évolution de l'état du patient et des lits disponibles. En cas d'absence des médecins opérateurs, ceux-ci n'étaient pas consultés. Eux-mêmes, absents, n'avaient pas pris part à la décision de transfert du recourant. Dans l'unité de soins normaux de neurochirurgie, le patient demeurait sous surveillance avec une équipe formée pour des problèmes neurologiques. La différence avec l'unité des soins intensifs était l'absence d'appareillage pour la ventilation et des contrôles moins fréquents effectués par les infirmières et les médecins.

Les vomissements et l'agitation constatée par les infirmières étaient des symptômes aspécifiques, nécessitant des examens complémentaires s'ils devaient être fréquents et persistants, étant précisé que la confusion, la désorientation et l'agitation pouvaient être des réactions normales à la suite de l'opération subie. Les symptômes constatés sur le patient n'auraient pas forcément été traités différemment s'il s'était trouvé aux soins intensifs. Le saignement était inhabituel s'il survenait au-delà d'un ou deux jours après l'opération ou s'il était abondant.

o.a. Le Dr G_____ a relevé que l'expert ne citait aucune recommandation, ni protocole, ni même littérature, édictant des règles impératives de délai de séjour aux soins intensifs ou intermédiaires à la suite d'opérations du type de celle effectuée sur A_____. La gestion d'un DVE était possible dans l'unité normale de neurochirurgie [à] E_____, ce qui n'était pas forcément le cas des autres hôpitaux. L'unité des soins normaux offrait la garantie d'une surveillance adéquate par rapport au type d'opération que le patient avait subi et à son état de santé. La fréquence des contrôles y était d'au minimum toutes les 4 heures mais, si les infirmières le jugeaient nécessaire, des contrôles à des intervalles plus rapprochés étaient effectués. L'hydrocéphalie, étant une conséquence possible de l'opération pratiquée, était surveillée par la pose du drain. Dans le cas de A_____, il s'agissait d'une hydrocéphalie sur hémorragie, brusque et difficile à traiter. Lui-même n'était pas présent à la fermeture de la dure-mère et n'avait ainsi pas participé à la pose du DVE. Cependant, avant de quitter la salle d'opération, il avait constaté un collapsus cérébral et validait donc entièrement la décision du Dr F_____ quant au clampage du drain. L'analyse de l'expert, qui remettait en question les constatations per-opératoires du Dr F_____, était erronée, dans la mesure où le scanner sur lequel il fondait ses conclusions avait été effectué plusieurs heures après la fin de l'opération; le laps de temps ainsi écoulé aurait permis une certaine "*réexpansion*" du cerveau. L'expert ne concluait d'ailleurs pas à une violation des règles de l'art quant au clampage du DVE, ni à l'existence d'un lien de causalité avec les lésions de A_____.

o.b. Le Dr G_____ a transmis une expertise privée, et son complément, par le Pr Q_____, professeur et neurochirurgien à l'hôpital de R_____, aux termes desquels aucun élément clinique ou radiologique ne permettait d'affirmer que le clampage du DVE, ainsi que le fait de l'avoir gardé fermé en post-opératoire, constituaient une violation des règles de l'art. "*La décision de garder clampé se*

justifiait dans le cas présent par l'état d'affaissement cérébral observé par le chirurgien en fin d'intervention et sa volonté de permettre une réexpansion cérébrale, l'état clinique satisfaisant du patient ainsi que sa stabilité jusqu'à la dégradation brutale et l'absence d'éléments suggestifs de signes d'hypertension intracrânienne sur les 2 imageries cérébrales". Après le type d'opération subie, il n'existait pas de consensus, ni par conséquent de règle absolue, quant à la nécessité que le DVE reste ouvert. Bien que le drainage précoce soit de nature à prévenir, du moins théoriquement, le risque d'hydrocéphalie aiguë, il ne représentait pas une garantie absolue. En outre, compte tenu des 5h30 écoulées entre la fermeture de la dure-mère et le scanner, l'affaissement cérébral présent au moment de la fermeture pouvait s'être réduit avant la prise de l'imagerie. Enfin, aucun élément ne permettait d'affirmer, avec une haute vraisemblance, que la situation concrète du patient aurait finalement été meilleure si le DVE était resté ouvert. Le bon état clinique et la stabilité de l'imagerie du patient avant la dégradation ne justifiaient pas de déclamer le drain à ce moment-là.

p.a. Le Dr F_____ a précisé qu'aucun protocole particulier n'avait été prévu pour le suivi d'A_____ à l'exception d'une surveillance neurochirurgicale de base, soit toutes les 4 heures. La complication rencontrée était exceptionnelle et subite car la décompensation d'une hydrocéphalie pouvait être très rapide mais également graduelle. Il ne se rappelait pas avoir dit à la mère du patient que celui-ci avait eu un problème vers 4h00 du matin et n'était pas en mesure d'expliquer pourquoi il aurait indiqué cet horaire, alors qu'il n'avait été contacté qu'à 7h30.

p.b. Il a produit une expertise privée, et son complément, par le Pr S_____, auparavant chef du Service de neurochirurgie [à] P_____ et désormais [à] E_____. Ce médecin estime qu'il était justifié, à l'issue de l'intervention du 1^{er} novembre 2012, de poser un DVE clampé et de procéder au "*remplissage de toute la cavité chirurgicale par de l'eau*", gestes qui avaient permis au cerveau de se "*ré-expandre*" pour éviter une déchirure des veines, raison pour laquelle aucun affaissement du cerveau n'avait été constaté lors du scanner post-opératoire. Le Dr F_____ avait recommandé un suivi clinique adéquat, complété par un suivi radiologique. Le clampage du drain, qui avait évité que le cerveau ne se "*collabe*", ne constituait donc pas une violation des règles de l'art. Par ailleurs, il n'était pas possible d'affirmer, avec une haute vraisemblance, que la situation médicale du patient aurait été meilleure si le drain avait été laissé ouvert, la détérioration clinique pouvant aussi s'expliquer par le ramollissement veineux profond.

q. Par avis de prochaine clôture du 13 août 2018, le Ministère public a informé les parties qu'il entendait rendre une ordonnance de classement.

r. Par courrier du 18 octobre 2018, B_____ et C_____ ont sollicité la mise en prévention [de] E_____ pour les infractions dénoncées, l'instruction n'ayant pas

permis d'attribuer lesdites infractions à un membre déterminé du personnel soignant. Ils ont requis la production par E_____ des protocoles médicaux qui auraient dû être appliqués et suivis dans le cadre de l'intervention chirurgicale et des soins concernant leur fils, ainsi que la lettre de sortie des soins intensifs. Ils ont requis qu'une seconde expertise médicale soit ordonnée et confiée à un médecin ayant connaissance des pratiques [à] E_____, afin qu'il se détermine sur la question de savoir si les règles de l'art et les protocoles médicaux applicables avaient été respectés [à] E_____ dans le cadre de l'intervention chirurgicale et du suivi post-opératoire de A_____.

s. Sur ordres de dépôt des 30 octobre et 7 décembre 2018, E_____ [a] transmis un document intitulé "*procédure de transfert des patients vers le service de neurochirurgie (en vigueur depuis 2009)*", signé par le Chef de Service et le Responsable de l'unité de l'époque, à teneur duquel, durant les jours ouvrables – le 2 novembre 2012 étant un vendredi –, :"*8h10, Colloque de neuroréanimation aux soins intensifs réunissant l'équipe des soins intensifs et l'équipe de neurochirurgie, sous la direction des cadres de chacun des deux services. Au cours de ce colloque, tous les cas neurochirurgicaux sont présentés, discutés et vus. La décision multidisciplinaire de transfert est prise sur la base de l'évolution clinique du malade aux soins intensifs et de la stabilité des paramètres vitaux neurologiques et cardio-respiratoires. Une lettre de transfert (appelée résumé de séjour) avec la proposition de suivi accompagne le malade. Le médecin qui prendra en charge le patient à l'étage de neurochirurgie est donc extensivement informé lorsqu'il reçoit le malade dans le service*".

C. À l'appui de sa décision, le Ministère public considère que seule une infraction à l'art. 125 CP entraine en ligne de compte, une infraction intentionnelle étant exclue.

Les opérations effectuées les 1^{er} et 4 novembre 2012 l'avaient été dans les règles de l'art. En outre, l'expert avait retenu que l'état du patient était d'origine multifactorielle, notamment en raison du ramollissement veineux à l'origine du saignement, lui-même à l'origine de l'hydrocéphalie aiguë. Ainsi, il n'était pas possible de dire si le saignement avait été diagnostiqué avec retard ou non et si le maintien aux soins intensifs aurait permis une détection plus rapide du problème. Au surplus, en raison du ramollissement veineux, pour lequel il existait peu de traitement, il n'était pas possible de dire si l'état de santé du patient aurait été meilleur avec une prise en charge plus rapide. Partant, le lien de causalité entre le transfert à l'unité de soins normaux de neurochirurgie et l'état actuel du patient ne pouvait être retenu et les éléments constitutifs de l'infraction n'étaient pas remplis.

Une seconde expertise médicale aurait été disproportionnée, dans la mesure où l'expert avait expliqué "*qu'une détection plus rapide des problèmes au matin du 4 novembre 2012 aurait permis une prise en charge plus rapide, mais n'aurait pas*

forcément permis d'éviter les lésions actuelles de Monsieur A_____, dont les causes sont multiples et difficiles à traiter", et que la procédure était en cours depuis 2013.

- D. a.** Aux termes de leur recours, les recourants reprochent au Ministère public de ne pas avoir tenu pour réalisées les infractions aux art. 125 et 127 CP. L'ensemble du personnel médical [de] E_____ avait violé, de manière fautive, les règles de l'art. En effet, le transfert prématuré dans une unité de soins normaux, avec une surveillance moins fréquente et l'absence de réaction adéquate quant aux signes avant-coureurs d'une complication présentés par A_____, n'avait pas permis une détection rapide du problème survenu et l'avait exposé à un danger imminent et grave pour sa santé. En outre, le clampage du DVE à l'issue de l'opération du 1^{er} novembre 2012 n'était pas justifié. Ainsi, une détection plus rapide aurait peut-être permis d'éviter l'état actuel de A_____. Un lien de causalité naturelle et adéquate existait donc entre ces violations et la dégradation de l'état de santé de ce dernier.

Les recourants font également grief au Ministère public d'avoir rejeté leurs réquisitions de preuves, celles-ci portant sur des faits pertinents et n'étant pas disproportionnées. Il était nécessaire de connaître le protocole applicable [à] E_____, dans la mesure où il semblait diamétralement opposé à celui [à] P_____, et que l'expert n'avait dès lors pas pu s'exprimer sur ce sujet.

- b.** À la suite du courrier du 9 août 2019 de la Direction de la Chambre pénale de recours refusant de reconsidérer la demande de sûretés aux époux B/C_____ – le recours ayant été déposé en leur nom et l'assistance judiciaire dont bénéficiait leur fils ne leur étant pas étendue –, ces derniers ont expliqué que le recours avait été déposé tant en leur propre nom qu'en celui de leur fils. Soutenir le contraire relèverait du formalisme excessif. En outre, l'ordonnance querellée ayant été notifiée uniquement en leurs propres noms, la cause devait être renvoyée au Ministère public afin que ce dernier la notifie valablement à A_____, pour qu'il puisse faire valoir ses droits.

Le 12 août 2019, les sûretés ont été versées.

- c.** Dans ses observations du 20 janvier 2020, le Ministère public s'en remet à l'appréciation de la Chambre de céans quant à la forme du recours et, au fond, propose son rejet.

Concernant les réquisitions de preuves, la lettre de sortie des soins intensifs, ainsi que le protocole applicable [à] E_____ avaient été produits. La seconde expertise sollicitée, au regard des éléments du dossier, n'apporterait pas un éclairage différent sur l'état de santé de A_____, ni sur les faits survenus au matin du 4 novembre 2012, le lien de causalité entre la prise en charge du patient et son état actuel ne pouvant être retenu.

d. Dans leur réplique du 7 février 2020, B_____ et C_____ précisent que la procédure de transfert [à] E_____ était relativement succincte et lacunaire et ne comportait aucun détail sur la procédure applicable au transfert de patient portant un DVE, ce qui, selon l'expert, entraînait obligatoirement une hospitalisation dans une unité avec une surveillance rapprochée par une équipe spécialisée. Une expertise sur cette question demeurerait nécessaire.

Le lien de causalité entre la violation de la prise en charge post-opératoire et les graves lésions subies par A_____ était établi, dès lors que l'expert avait considéré que la violation des règles de l'art était imputable au service de neurochirurgie et que le personnel soignant présent dans l'unité s'était contenté de brefs contrôles visuels, alors que le patient présentait des symptômes exigeant des examens spécifiques.

EN DROIT :

1. **1.1.** Le recours a été interjeté selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP) et concerne une ordonnance sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al. 1 let. a CPP).

1.2. B_____ et C_____ ont fait recours contre la décision à la fois au nom de leur fils et en leur nom propre.

1.2.1. L'art. 382 al. 1 CPP dispose que toute partie qui a un intérêt juridiquement protégé à l'annulation ou à la modification d'une décision a qualité pour recourir contre celle-ci. La notion de partie visée à l'art. 382 CPP doit être comprise au sens des art. 104 et 105 CPP, l'art. 104 al. 1 let. b CPP reconnaissant notamment cette qualité à la partie plaignante.

Dans un récent arrêt (6B_307/2019 du 13 novembre 2019 consid. 2.2.2, destiné à la publication), le Tribunal fédéral a considéré que l'articulation du CPP ne permet pas de déduire que le rôle procédural de la partie plaignante doit être limité à la première instance. À cet égard, l'exigence d'un intérêt juridiquement protégé que pose l'art. 382 al. 1 CPP n'a pas à s'interpréter dans un sens étroit. En particulier, cette disposition n'impose pas à la partie plaignante la prise effective de conclusions civiles dans la procédure pénale, l'art. 119 al. 2 let. a CPP sous-tendant un intérêt juridique indépendamment de toute prétention civile. Par conséquent, pour justifier d'un tel intérêt, il suffit d'être lésé au sens de l'art. 115 al. 1 CPP (ATF 139 IV 78 consid. 3.3.3 p. 81 s.). Une autre approche aboutirait à une interprétation incohérente du CPP. En envisageant par exemple le cas où le prévenu serait un agent public, comme un policier ou un médecin, le lésé, qui ne pourrait émettre aucune prétention civile à l'égard de celui-ci en raison de la responsabilité primaire du canton concerné, pourrait participer à la procédure de première instance, mais serait par la suite privé

de voies de droit. Une telle scission n'est en rien justifiée par la systématique du CPP (ATF 139 IV 78 consid. 3.3.3 p. 82).

1.2.2. On entend par partie plaignante (art. 104 al. 1 let. b CPP) le lésé qui déclare expressément vouloir participer à la procédure pénale comme demandeur au pénal ou au civil (art. 118 al. 1 CPP). Le lésé est celui dont les droits ont été touchés directement par une infraction (art. 115 al. 1 CPP). Selon la jurisprudence, est atteint directement dans ses droits le titulaire du bien juridique protégé par la norme, même si ce bien n'est pas unique (ATF 139 IV 78 consid. 3.3.3 p. 81 s.; 138 IV 258 consid. 2.2 et 2.3 p. 262 s.; arrêt 6B_615/2015 du 29 octobre 2015 consid. 1.1 non publié aux ATF 141 IV 444).

1.2.3. Une personne qui n'a pas l'exercice des droits civils est représentée par son représentant légal (art. 106 al. 2 CPP).

Une curatelle de portée générale est instituée lorsqu'une personne a particulièrement besoin d'aide, en raison notamment d'une incapacité de discernement. Elle couvre tous les domaines de l'assistance personnelle, de la gestion du patrimoine et des rapports juridiques avec les tiers. La personne concernée est privée de plein droit de l'exercice des droits civils (art. 398 CC).

1.2.4. Selon l'art. 116 CPP, on entend par victime, le lésé qui, du fait d'une infraction, a subi une atteinte directe à son intégrité physique, psychique ou sexuelle (al. 1). On entend par proches de la victime son conjoint, ses enfants, ses père et mère et les autres personnes ayant avec elle des liens analogues (al. 2). Le droit du proche de se constituer personnellement partie plaignante implique, ce que confirme la combinaison des art. 117 al. 3 et 122 al. 2 CPP, qu'il fasse valoir des prétentions civiles propres dans la procédure pénale (ATF 139 IV 89 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1105/2016 du 14 juin 2017 consid. 2.1 et 2.2 ainsi que les références citées).

1.2.5.1. En l'occurrence, B_____ et C_____ ont été nommés curateurs de A_____ et ont donc qualité pour recourir au nom de leur fils.

Bien que le recours ne mentionne pas expressément être déposé au nom de A_____, les recourants ont, jusqu'à présent, toujours agi au nom de leur fils. Partant, il sied de considérer qu'il en va de même pour ce qui est de la procédure de recours. Cette décision apparaît également justifiée dès lors qu'elle permet d'éviter un allongement inutile de la procédure par le renvoi de la cause au Ministère public pour notification valable de l'ordonnance querellée (celle-ci ayant été notifiée à B_____ et C_____, personnellement, et non également en qualité de curateurs de leur fils), et le dépôt d'un nouvel acte de recours au nom de leur fils.

Dans la mesure où A_____, partie à la procédure (art. 104 al. 1 let. b CPP), possède un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation de la décision querellée (art. 382 al. 1 CPP), il a la qualité pour agir.

Partant, le recours doit être déclaré recevable en ce qui concerne A_____.

1.2.5.2. B_____ et C_____ sont également des proches de la victime, au sens de l'art. 116 al. 2 CPP.

Ils ont ainsi la qualité pour recourir en leur propre nom.

Leur recours doit donc, également, être déclaré recevable.

- 2.** **2.1.** Le ministère public ordonne le classement de la procédure lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (art. 319 al. 1 let. b CPP). Cette condition doit être interprétée à la lumière de la maxime "*in dubio pro duriore*", selon laquelle un classement ne peut généralement être prononcé que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le ministère public et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation semblent équivalentes, en particulier en présence d'infractions graves (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1177/2017 du 16 avril 2018 consid. 2.1).

2.2.1. L'art. 125 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé.

2.2.2. Pour qu'il y ait négligence (art. 12 al. 3 CP), il faut que l'auteur ait, d'une part, violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et que, d'autre part, il n'ait pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 et les références citées).

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

Pour déterminer concrètement les devoirs découlant de l'obligation de diligence, le juge peut, notamment, se fonder sur des principes généraux ou une expertise. La particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin dépendent des circonstances du cas d'espèce, notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité pénale du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les références citées). La notion de manquement à ses devoirs ne doit cependant pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement *a posteriori*, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical. Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1; arrêts du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1 et 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et 2.3 ainsi que les références citées). Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin d'avoir outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge; le point décisif est, au contraire, la conclusion que le médecin devait tirer de la situation de fait au moment où il a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3; 130 IV 7 précité).

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

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

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

2.3.1. L'art. 127 CP punit celui qui, ayant la garde d'une personne hors d'état de se protéger elle-même ou le devoir de veiller sur elle, l'aura exposée à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, ou l'aura abandonnée en un tel danger.

2.3.2. L'infraction est intentionnelle et se rapporte à un dol de mise en danger. Le dol éventuel suffit (M. DUPUIS / L. MOREILLON / C. PIGUET / S. BERGER / M. MAZOU / V. RODIGARI (éds), *Code pénal - Petit commentaire*, 2^e éd., Bâle 2017, n. 14 ad art. 127).

2.3.3. L'infraction suppose également qu'un lien de causalité entre le comportement et le résultat typique de l'infraction existe (cf. consid. 4.2.3.).

2.4. En l'espèce, le recourant considère que son transfert précoce dans une unité inadéquate, l'absence de réaction du personnel soignant aux symptômes d'une complication et le clampage de son DVE lors de l'intervention du 1^{er} novembre 2012 sont constitutifs d'infractions aux art. 125 et 127 CP.

L'expert judiciaire a relevé que si l'on se référait aux règles établies au P_____, le transfert à l'unité des soins normaux du recourant, le 2 novembre 2012, constituait une violation des règles de l'art, l'établissement vaudois ne possédant pas, dans une telle unité, l'équipement nécessaire à la surveillance indiquée après une opération telle que subie par le recourant et notamment lors de la pose d'un DVE. Cependant, il a précisé que cela dépendait des infrastructures et du personnel de chaque hôpital, chaque unité de chaque hôpital disposant de ses propres directives. S'agissant [de] E_____, il n'était pas en mesure de se prononcer.

En ce qui concerne le transfert d'un patient, au sein du service de neurologie, entre l'unité de soins intensifs et celle des soins normaux, aucune directive ou aucun protocole contraignant n'a été édicté au niveau fédéral.

S'agissant [de] E_____, il ressort des éléments au dossier (document E_____ "*procédure de transfert des patients vers le service de neurochirurgie*" et déclarations des Drs G_____ et Dr F_____) que le transfert des soins intensifs à

l'unité des soins normaux [à] E_____ est décidé par un collège de spécialistes, composé de neurochirurgiens et de médecins de soins intensifs. La pratique est qu'après la nuit suivant l'intervention, sauf complication ou évolution défavorable, le patient est transféré dans l'unité des soins normaux dépendant du service de neurochirurgie. Le personnel soignant y travaillant est formé aux problèmes neurologiques et une surveillance au minimum toutes les 4 heures est effectuée, à moins que l'état du patient ne justifie une surveillance plus fréquente. La gestion d'un DVE y est possible. Dans le cas présent, rien ne laisse supposer que le protocole applicable [à] E_____ n'a pas été respecté. Il apparaît en effet que ce n'est qu'après discussion entre spécialistes que le transfert du recourant vers l'unité des soins normaux de chirurgie a été décidé, au vu de sa bonne évolution. Le recourant a, au surplus, bénéficié dans la nuit du 3 au 4 novembre 2012, d'une surveillance plus fréquente que celle d'ordinaire préconisée dans le service, en raison des appels réguliers de B_____ à l'infirmière et l'aide-soignante de garde, pour contrôler son état.

Partant, la violation des règles de l'art constatée par l'expert, selon les procédures au P_____, ne peut être transposée [à] E_____.

Le lien de causalité entre les violations alléguées et l'état actuel du recourant n'est pas établi. L'expert a retenu qu'il n'était pas possible de dire si le saignement à l'origine de l'hydrocéphalie avait été diagnostiqué de manière tardive. En effet, selon celui-ci, c'était la combinaison de différents symptômes, tels que céphalées, vomissements et baisse de l'état de conscience qui pouvaient laisser suspecter une complication, telle que celle rencontrée par le recourant. Or, toujours selon l'expert, aucune indication dans le dossier ne permettait de conclure que le patient aurait présenté ces symptômes dans les 12 heures précédant la dégradation constatée à 7h00 ou que des examens complémentaires auraient été nécessaires au vu de l'état du patient. Dans tous les cas, l'expert n'est pas en mesure d'affirmer que, quand bien même la dégradation neurologique du patient aurait été prise plus rapidement en charge, cela aurait pu éviter son état actuel.

Partant, en l'absence de lien de causalité entre les violations alléguées et l'état actuel du recourant, les éléments constitutifs des infractions des art. 125 et 127 CP ne sont pas remplis.

2.5. En ce qui concerne le DVE, il n'apparaît pas qu'un consensus, et par conséquent qu'une règle absolue, existe quant à la nécessité de son clampage ou non à l'issue de l'intervention subie, ce geste dépendant de la situation clinique du patient, des constatations pré-opératoires et du suivi par imagerie.

Selon l'expert, compte tenu de la situation radiologique et clinique du patient, résultant du scanner réalisé après l'opération (absence d'affaissement cérébral), le

clampage du drain n'était pas justifié. Or, il apparaît que, lors de l'intervention du 1^{er} novembre 2012, les médecins opérateurs ont tous deux détecté un collapsus cérébral chez le recourant et, que, dans un tel cas, l'ensemble des praticiens consultés, y compris l'expert, s'accordent à dire que le clampage était justifié. À cet égard, il est rappelé qu'une violation de l'obligation de diligence par un médecin doit s'analyser au moment de la prise de décision, et non sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup, et, qu'en l'espèce, l'expert a confirmé qu'en présence des constatations telles que celles faites par le Dr F_____ au moment de prendre la décision de clampage, la mesure était justifiée.

En outre, l'absence d'affaissement cérébral sur le scanner post-opératoire retenu par l'expert dans ses conclusions peut aussi s'expliquer par le temps écoulé (plusieurs heures) entre les gestes exécutés par le Dr F_____ à l'issue de l'intervention (clampage et "*remplissage de toute la cavité chirurgicale par de l'eau*"), et la prise de l'imagerie, ce laps de temps permettant au cerveau de se "*ré-expandre*".

Par ailleurs, selon les avis des experts privés consultés, il n'est pas possible d'affirmer, avec une haute vraisemblance, que la situation médicale du patient aurait été meilleure si le drain avait été laissé ouvert, compte tenu notamment du ramollissement veineux à l'origine de la complication rencontrée par le recourant, un ramollissement étant une complication rare avec peu de traitement possible et que le drainage précoce prévient, du moins théoriquement, le risque d'hydrocéphalie aiguë, sans représenter une garantie absolue.

Dans tous les cas, bien que jugeant le clampage du DVE injustifié, l'expert judiciaire ne qualifie pas pour autant ce geste de violation des règles de l'art, ni ne retient même, l'existence d'un lien de causalité avec la complication survenue.

Partant, les infractions de l'art. 125 et 127 CP ne sont pas non plus réalisées sous cet angle.

2.6. Au regard de ce qui précède, la décision de rejet de réquisitions de preuves du Ministère public est justifiée, dans la mesure où l'on ne voit pas ce qu'une expertise concernant les protocoles applicables [à] E_____ apporterait comme élément complémentaire probant. En effet, [le] E_____ [a] produit le document traduisant la pratique applicable depuis 2009 en cas de transfert de patients tel que le recourant vers le service de neurochirurgie (PP C-78). Ce protocole a été confirmé par deux neurochirurgiens, exerçant au sein de cet établissement médical et n'ayant pas pris part à la décision de transfert (Dr G_____ et Dr F_____). En outre, comme relevé précédemment, aucun élément ne laisse supposer que la procédure en question n'ait pas été appliquée dans le cas présent, bien au contraire.

3. Justifiée, l'ordonnance querellée sera donc confirmée.

4. Conformément aux art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif en matière pénale du 22 décembre 2010 (RTFMP; E 4 10.03), les frais de la procédure seront arrêtés en totalité à CHF 1'500.-, et seront mis à la charge des parties dans la mesure où elles ont succombé.

A_____, partie plaignante, succombe mais sera, dans la mesure où l'assistance judiciaire lui a été accordée, exonéré des frais de la procédure de recours (art. 136 al. 2 let. b CPP).

Quant à B_____ et C_____, ils supporteront, conjointement et solidairement, les frais envers l'Etat, à hauteur de deux tiers, soit de CHF 1'000.-. La somme sera prélevée sur les sûretés versées et le solde leur sera restitué.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

Rejette le recours.

Fixe les frais de la procédure en totalité à CHF 1'500.-.

Condamne B_____ et C_____, conjointement et solidairement, aux deux tiers des frais de la procédure de recours, soit CHF 1'000.-.

Dit que ce montant sera prélevé sur les sûretés versées et le solde restitué.

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, aux recourants, soit pour eux leur conseil, et au Ministère public.

Siégeant :

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Monsieur Christian COQUOZ et Madame Alix FRANCOTTE CONUS, juges; Monsieur Sandro COLUNI, greffier.

Le greffier :

Sandro COLUNI

La présidente :

Corinne CHAPPUIS BUGNON

Voie de recours :

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

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

P/7584/2013

ÉTAT DE FRAIS

COUR DE JUSTICE

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

Débours (art. 2)

- frais postaux CHF 10.00

Émoluments généraux (art. 4)

- délivrance de copies (let. a) CHF

- délivrance de copies (let. b) CHF

- état de frais (let. h) CHF 75.00

Émoluments de la Chambre pénale de recours (art. 13)

- décision sur recours (let. c) CHF 915.00

- CHF

Total CHF **1'000.00**