

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 18 janvier 2023

Composition : Mme BYRDE, présidente
Mme Fonjallaz et M. Krieger, juges
Greffière : Mme Grosjean

Art. 12 al. 3, 117 CP ; 319 al. 1 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 10 octobre 2022 par J._____ contre l'ordonnance de classement rendue le 22 septembre 2022 par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne dans la cause n° **PE21.003891-ABG**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) Le 19 février 2021, U._____ a fait une tentative de suicide en ingérant des médicaments à son domicile. Elle a été prise en charge à l'Hôpital de [...], puis a été transférée à l'Hôpital de [...].

U._____ souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte depuis environ une année, avec des troubles du sommeil. Elle était suivie à la Policlinique psychiatrique de [...]. Elle avait connu au préalable deux séjours en hôpital psychiatrique, dont un au mois de décembre 2020 à la Clinique de [...] à la suite d'une tentative de suicide par noyade. Elle était au bénéfice d'un traitement par Fluoxétine (antidépresseur), Zolpidem (hypnotique) et Lorazépam (benzodiazépine anxiolytique).

Le 19 février 2021, lors d'un entretien téléphonique, U._____ a indiqué au Dr M._____, médecin psychiatre auprès de la Policlinique psychiatrique de [...], qu'elle souhaitait arrêter une partie de son traitement, car cela ne fonctionnait pas. Le même jour, elle a été retrouvée en état semi-conscient par son époux, J._____, après avoir ingéré 30 comprimés de Zolpidem 10 mg (300 mg), 20 comprimés de Fluoxétine 20 mg (400 mg) et une quantité inconnue de Temesta. Elle a été admise aux soins intensifs à l'Hôpital de [...], puis a été transférée le lendemain 20 février 2021 à l'Hôpital psychiatrique de [...], sur un mode volontaire. Elle a rapporté aux médecins qu'elle s'était sentie désespérée la veille au matin car elle avait eu des ruminations toute la nuit. Elle a déclaré regretter son geste et ne plus avoir d'idées suicidaires. Elle n'a pas pu identifier un élément déclencheur précis concernant la crise actuelle et a expliqué souffrir de dépression depuis environ un an, sans réelle amélioration depuis, ce qui lui pesait énormément.

Les médecins de l'Hôpital de [...] ont posé le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le traitement de Zolpidem 5 mg et de Lorazépam en réserve a été repris dès l'admission d'U._____. Au vu de la quantité importante de Fluoxétine ingérée lors de la tentative de suicide et de la longue demi-vie d'élimination de ce traitement, il n'a pas été réintroduit à l'entrée mais a été remplacé par de la Mirtazapine (antidépresseur) à doses progressives. Les résultats du bilan sanguin effectué le 23 février 2021 ont montré un taux de Fluoxétine de 163 ng/ml, ce qui correspondait aux valeurs thérapeutiques recommandées pour une dose journalière de 40 mg. Ce résultat pouvait s'expliquer par le fait qu'une grande partie de la

Fluoxétine ingérée lors de la tentative de suicide n'avait pas dû être absorbée en raison d'une probable agglomération de comprimés dans l'estomac. Dès le 25 février 2021, un traitement de Risperidone (neuroleptique atypique) a en outre été progressivement introduit, au vu de la présence chez la patiente d'une diminution importante de l'estime de soi associée à des idées de culpabilité et de dévalorisation marquées. Dans leur rapport du 17 mars 2021, les médecins ont relevé qu'au début de son hospitalisation, U._____ s'était montrée ambivalente, reconnaissant à la fois avoir besoin d'une aide extérieure tout en manifestant son doute sur le fait qu'une prise en charge médicamenteuse ou médicale puisse la soulager. Des entretiens médico-infirmiers réguliers, avec réévaluation du potentiel suicidaire, il était ressorti que, dès son entrée et tout au long de son hospitalisation, la patiente avait verbalisé ne plus avoir d'idées suicidaires, ne pas avoir planifié de nouveau scénario suicidaire ni de date pour un nouveau passage à l'acte. Elle avait par ailleurs déclaré, dès son entrée, se sentir capable d'informer l'équipe médico-infirmière en cas de nouvelle survenue d'idées suicidaires. Dès le 24 février 2021, U._____ avait participé aux activités proposées par l'équipe d'ergothérapie et de physiothérapie et avait pu exprimer le bienfait de ces séances, son sommeil s'étant notamment amélioré.

Il ressort du dossier de la patiente et des notes des infirmiers et médecins ayant suivi U._____ au cours de son hospitalisation à [...] du 20 au 26 février 2021 que la thymie de cette dernière est décrite de façon variable, soit tantôt « triste », « améliorée », « abaissée » ou « neutre ». A son arrivée, le 20 février 2021, l'infirmier mentionne : « *Entrée aujourd'hui pour mise à l'abri des idées suicidaires en admission volontaire. (...) Patiente verbalise clairement un épuisement psychique, une insomnie, perte d'espoir. Dit que sa dépression est quelque chose de lourd et ne voit pas d'issue. Culpabilise et honteuse de son geste. S'engage à ne pas passer à l'acte* ». Le 23 février 2021, il est indiqué, par l'infirmière, que la « *[p]atiente dit n'avoir pas d'IS [réd. : idées suicidaires] mais regrette de ne pas être morte le jour de son tentamen* » et, par la médecin : « *[p]as IS Active mais regrette que la TS [réd. : tentative de suicide] n'aie pas fonctionné* ». Le 25 février 2021, le médecin note : « *elle dit ne plus avoir*

des IS mais l'évaluation suicidaire ne semble pas très contributive étant donné que le discours n'est pas tout à fait cohérent ni structuré ». Sous les notes infirmières, il est précisé : « *Diminue d'elle-même les antidépresseurs et est réfractaire à toute médication hors le temesta* ». Dès cette date, la patiente est également décrite comme anosognosique, n'ayant pas le sentiment de souffrir de problèmes psychiques. Pour toute la durée du séjour figurent, sous la rubrique « *Risques liés à la sécurité* » : « *Risque d'auto-agressivité* » et « *Risque de suicide* » et, sous la rubrique « *Gravité estimée* » : « *Problème important* ».

U._____ a été vue pour la dernière fois le 27 février 2021 vers 16h00 par sa voisine de chambre, quittant le bâtiment. Elle a été vue par des usagers de la route aux alentours de 16h30, alors qu'elle tentait de se jeter à pieds joints dans la circulation sur la [...], sur laquelle des voitures circulaient à une allure d'environ 70-80 km/h. A 17h05, la police a été avisée par les CFF qu'un de leur convoi avait heurté une personne entre [...] et [...]. A 17h15, la police est arrivée sur les lieux et à 18h05, le décès d'U._____, identifiée à l'aide d'un examen dactyloscopique comparatif, a été constaté sur les voies ferrées à hauteur de [...]. Une enquête pénale a été ouverte.

Les médecins légistes ayant procédé à l'autopsie ont constaté des lésions traumatiques extrêmement sévères, d'aspect frais, de l'ensemble du corps, avec notamment fracas osseux de l'extrémité céphalique, du thorax et du bassin, éviscérations et caractère incomplet de certains organes et amputations des quatre membres. Les analyses toxicologiques réalisées sur des échantillons biologiques prélevés au cours de l'autopsie ont mis en évidence la présence de plusieurs xénobiotiques, en particulier de fluoxétine et de norfluoxétine, dont les concentrations mesurées dans le muscle squelettique se situaient au-dessus des concentrations sanguines thérapeutiques, dans la fourchette des concentrations sanguines toxiques. Les médecins légistes ont dès lors conclu que le décès d'U._____ avait été la conséquence des lésions traumatiques subies, extrêmement sévères, dans un contexte d'imprégnation aiguë à la Fluoxétine, estimant le tableau lésionnel compatible avec un heurt par un train circulant à haute vitesse.

b) Le 2 avril 2021, J._____, époux de la défunte, a déposé plainte pénale et s'est constitué demandeur au pénal et au civil.

c) La Dre V._____, cheffe de clinique adjointe qui s'est occupée de la prise en charge d'U._____ dès le 22 février 2021, en collaboration avec le Dr R._____, a été entendue en qualité de personne appelée à donner des renseignements le 15 septembre 2021. Elle a exposé que, le 23 février 2021, U._____ avait fait part d'idées de mort passives, indiquant qu'elle regrettait le fait que sa tentative de suicide n'ait pas fonctionné. Cela ne signifiait toutefois pas qu'il y avait des idées suicidaires, la patiente les contestant, mais bien qu'il existait une dépression sévère. La dose de Mirtazapine avait ainsi été augmentée. Le 25 février 2021, la patiente était beaucoup plus anxieuse, avec un discours « *en boucle* ». La question d'un placement à des fins d'assistance (ci-après : PLAFA) avait été abordée, mais U._____ avait accepté de rester hospitalisée et l'alliance thérapeutique avait été privilégiée. Du Risperidone avait été introduit et le discours de la patiente était resté le même, à savoir qu'elle n'avait pas d'idées suicidaires ni de scénario. Elle n'était par la suite plus revenue sur le fait qu'elle regrettait que sa tentative n'eût pas abouti. Le traitement de Risperidone étant bien supporté, il avait été décidé de l'augmenter. La Dre V._____ a expliqué comment le risque suicidaire était évalué et a indiqué que, dans le cas d'U._____, l'urgence était faible vu l'absence d'idées suicidaires et de scénario, ce qui était prévalent étant l'angoisse liée à autre chose (PV aud. 3, lignes 118-120). Elle a ajouté que l'Hôpital psychiatrique de [...] travaillait beaucoup en alliance avec le patient et que, pour construire cette alliance et réduire l'épisode dépressif, le cadre était plutôt ouvert, dès lors qu'il était connu qu'enfermer les patients pour éviter un risque suicidaire aggravait les symptômes dépressifs et ne diminuait pas le risque de suicide.

Le Dr R._____, médecin assistant, a été entendu en qualité de personne appelée à donner des renseignements le 26 janvier 2022. Il a indiqué avoir pris en charge U._____ du lundi au vendredi, sous la

supervision de la Dre V._____. Il a exposé qu'ils avaient réévalué le risque suicidaire de la patiente tout au long de la semaine, à l'aide de l'outil « *Prise en soin des patients suicidaires en milieu hospitalier* » émis par le CHUV, document qu'il a produit (P. 17). Il a expliqué qu'il s'agissait d'évaluer trois items principaux, à savoir l'urgence, le danger et le risque épidémiologique et les facteurs précipitants ou protecteurs. S'agissant d'U._____, l'urgence était faible, celle-ci ayant verbalisé ne pas avoir d'idée ni de scénario suicidaires. Comme il n'y avait pas de scénario, il n'y avait pas de danger. S'agissant du risque, il y avait un antécédent récent de tentative de suicide avec un épisode dépressif sévère et caractéristiques mélancoliques en cours (PV aud. 4, lignes 48-68).

d) Le 2 septembre 2022, dans le délai de prochaine clôture prolongé, J._____ a requis sa propre audition ainsi que celle du Dr Q._____, médecin cadre auprès de l'Hôpital de [...].

B. Par ordonnance du 22 septembre 2022, approuvée par le Ministère public central le 27 septembre 2022, le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne (ci-après : le Ministère public) a ordonné le classement de la procédure pénale ouverte ensuite du décès d'U._____ (I) ainsi que la levée du séquestre ordonné le 16 mars 2021 sur le dossier médical d'U._____ et, partant, sa restitution à l'Hôpital de [...] (II), et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (III).

Le procureur a rejeté les réquisitions de preuves de J._____ aux motifs, s'agissant de l'audition du Dr Q._____, que celui-ci était absent au moment de l'hospitalisation d'U._____ et qu'on ne voyait pas quel élément il pourrait apporter aux explications de la Dre V._____ et du Dr R._____, qui avaient expliqué que le risque suicidaire avait été évalué selon les principes « *Urgences, Danger et Risques actuels* », qui étaient repris dans le document « *Prise en soins des patients suicidaires en milieu hospitalier* ». S'agissant de l'audition du plaignant, le procureur a relevé que celui-ci avait déjà été entendu le 4 mars 2021 et que les

éléments qu'il souhaitait apporter ne présentaient pas de lien de causalité avec l'évaluation du risque suicidaire d'U._____.

Analysant la question d'une éventuelle mauvaise prise en charge médicale d'U._____, en particulier sous l'angle des mesures de surveillance prises en vue de parer au risque de suicide, le procureur a commencé par relever que l'Hôpital de [...] connaissait trois régimes de maintien de ses patients, à savoir le cadre « hôpital », ou « libre », dans lequel le patient pouvait sortir de l'unité mais devait rester dans le périmètre de l'hôpital, le cadre « unité », dans lequel le patient était tenu de rester dans l'unité dont il dépendait avec une surveillance toutes les heures, et un cadre plus strict avec une surveillance constante d'un infirmier. Il s'est ensuite référé à un arrêt de la Chambre des recours pénale (CREP 31 juillet 2018/569), qui avait déjà traité de la problématique de l'ouverture ou de la fermeture des unités de soins dans les hôpitaux psychiatriques en se fondant sur les explications du Médecin cantonal, selon lequel il n'existait plus, dans les établissements du canton de Vaud, d'étages ou d'unités de soins fermés en psychiatrie adulte et les patients à risque étaient admis dans des chambres de soins intensifs ou sécurisables, en fonction de critères cliniques très stricts et encadrés par des protocoles répertoriés. Le Ministère public en a ainsi déduit que le seul moyen qui aurait permis d'empêcher une fugue aurait en l'occurrence été de placer U._____ en chambre de soins intensifs. Il en a profité pour rappeler que, de manière générale, c'était la formation du personnel à des soins personnalisés, tendant à développer au maximum une relation de confiance, et respectant le principe de la proportionnalité, qui devait être privilégiée par rapport à la contention, laquelle était une mesure exceptionnelle.

Le procureur a constaté que, dans le cas d'espèce, le cadre de l'hospitalisation d'U._____ était ouvert, seules les heures de prise de sa médication étant contrôlées, et que la patiente disposait ainsi d'une importante liberté de mouvement. Les médecins avaient estimé que l'intéressée, à la suite d'une récente tentative de suicide, présentait un épisode dépressif sévère avec caractéristiques mélancoliques en cours, à

savoir une baisse de l'humeur avec des idées de culpabilité, d'auto-dévalorisation et d'incurabilité disproportionnées. U._____ avait fait l'objet d'entretiens réguliers depuis son arrivée à l'Hôpital de [...] afin d'évaluer le risque suicidaire, et les médecins avaient estimé que le critère de l'urgence était faible et les évaluations rassurantes, la patiente ayant verbalisé ne pas avoir d'idées ni de scénarios suicidaires.

Au vu de ces éléments, le Ministère public a considéré que les conditions restrictives d'un placement en chambre de soins intensifs n'étaient pas réunies, aucun risque imminent de passage à l'acte n'ayant été observé chez la patiente, dont l'épisode dépressif était traité par la mise en place d'une alliance thérapeutique. En outre, aucune violation des règles de l'art dans la prise en charge d'U._____ n'avait été mise en évidence à l'examen du dossier médical, que ce soit dans l'administration de sa médication ou l'évaluation de son risque suicidaire. L'intervention d'un tiers dans le décès d'U._____, en particulier toute commission par omission, avait pu être exclue, de sorte que les infractions d'homicide par négligence et d'exposition pouvaient être écartées.

C. Par acte du 10 octobre 2022, J._____ a recouru auprès de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal contre cette ordonnance, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier au Ministère public pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a produit, à l'appui de son recours, une analyse du dossier médical d'U._____, effectuée par [...] Sàrl le 26 octobre 2021 (P. 24/2/3).

Le Ministère public ne s'est pas déterminé dans le délai au 30 décembre 2022 qui lui a été imparti.

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) dans les dix jours devant l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCP [Loi d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [Loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

Déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante, qui a qualité pour recourir (cf. art. 382 al. 1 CPP), et satisfaisant aux conditions de forme prescrites (cf. art. 385 al. 1 CPP), le recours de J._____ est recevable.

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

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). La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe *in dubio pro durore*, qui signifie qu'en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peut être prononcé par le ministère public que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En effet, en cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 146 IV 68 consid. 2.1, JdT 2020 IV 256 ;

ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1, JdT 2017 IV 357 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1 et les réf. citées ; TF 6B_957/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.1). En revanche, le ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

Pour pouvoir constater légitimement que l'instruction ne corrobore aucun soupçon justifiant une mise en accusation (art. 319 al. 1 let. a CPP), le ministère public doit avoir préalablement procédé, conformément à la maxime de l'instruction (cf. art. 6 al. 1 CPP), à toutes les mesures d'instruction pertinentes susceptibles d'établir l'existence de soupçons suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 12 avril 2023/252 consid. 2.2 et la réf. citée ; CREP 19 octobre 2011/452).

3.

3.1 Le recourant conteste le classement prononcé par le Ministère public, soutenant qu'U._____ aurait été prise en charge de manière inadaptée, avec « laxisme ». Il relève que, selon les notes médicales, il avait été envisagé de prononcer un PLAFA le 22 février 2021, puis le 25 février 2021, ce qui démontrerait qu'il existait des signes inquiétants de volonté de s'enfuir, U._____ ayant verbalisé qu'elle ne se sentait pas bien à l'Hôpital de [...], contrairement à la [...], où elle avait déjà été hospitalisée par le passé. Il ne comprend dès lors pas comment les médecins ont pu passer d'une menace de PLAFA à une totale liberté de mouvement, sans même une surveillance horaire. Le recourant revient également sur les changements de médication, qui auraient engendré du stress, voire des effets secondaires. Il pointe l'insuffisance de la surveillance, qui n'aurait pas été adaptée à la situation de son épouse. Le jour du suicide, cette dernière aurait été vue le matin avant 7h17, et ce ne serait qu'à 17h20 que l'hôpital aurait eu de ses nouvelles, en apprenant son suicide. Vers 16h00, c'est sa voisine de chambre qui se serait

inquiétée, sans que les soignants ne réalisent que la patiente n'avait pas été vue à l'hôpital de toute la journée.

3.2

3.2.1 L'art. 117 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0) réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne.

La réalisation de l'infraction d'homicide par négligence suppose la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (ATF 122 IV 145 consid. 3 ; TF 6B_1098/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 6B_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

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

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

Selon la jurisprudence, un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte, ou dû tenir compte, de la mise en danger d'autrui qu'il provoquait et qu'il dépassait simultanément les limites du risque admissible (ATF 143 IV 138 consid. 2.1, JdT 2018 IV 31 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1, SJ 2011 I p. 86 ; ATF 135

IV 56 consid. 2.1, JdT 2010 IV 43 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). Pour déterminer les devoirs imposés par la prudence, on peut se référer à des normes édictées par l'ordre juridique pour assurer la sécurité et éviter des accidents. A défaut de dispositions légales ou réglementaires, on peut se référer à des règles analogues qui émanent d'associations privées ou semi-publiques lorsqu'elles sont généralement reconnues. La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 129 IV 119 consid. 2.1 ; TF 6B_934/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.1). En fin de compte, la prudence à laquelle l'auteur est tenu se détermine en fonction des circonstances concrètes et de sa situation personnelle, étant donné que, par la nature des choses, il est impossible que tout soit régi par des prescriptions (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées).

En matière médicale, pour déterminer l'étendue de la prudence requise, il faut partir du devoir général qu'a le médecin d'exercer l'art de la guérison selon les principes reconnus de la science médicale et de l'humanité, de tout entreprendre pour guérir son patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Le médecin est tenu d'observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1). Il n'a pas à répondre des dangers ou des risques qui sont inhérents à tout acte médical et à toute maladie. Il viole en revanche ses devoirs lorsqu'il pose un diagnostic, choisit une thérapie ou définit une approche thérapeutique qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3, JdT 2004 I 497 ; TF 6B_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1).

Un comportement constitutif d'une négligence consiste en général en un comportement actif, mais peut aussi avoir trait à un comportement passif contraire à une obligation d'agir (cf. art. 11 al. 1 CP). Reste passif en violation d'une obligation d'agir celui qui n'empêche pas la

mise en danger ou la lésion d'un bien juridique protégé par la loi pénale bien qu'il y soit tenu à raison de sa situation juridique, notamment en vertu de la loi, d'un contrat, d'une communauté de risque librement consentie ou de la création d'un risque (art. 11 al. 2 let. a-d CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit pas. Il faut qu'elle ait découlé d'une position 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 (cf. art. 11 al. 2 et 3 CP ; ATF 141 IV 249 consid. 1.1 ; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.1 ; TF 6B_1295/2021 du 16 juin 2022 consid. 2.1.2).

3.2.3 Il faut encore qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. La condition essentielle pour qu'il y ait une violation du devoir de prudence et par là responsabilité par négligence est la prévisibilité du résultat. Dans un premier temps, il faut se demander si l'auteur pouvait prévoir ou aurait pu ou dû prévoir la mise en danger de biens juridiquement protégés d'autrui. Pour répondre à cette question, il faut examiner le rapport de causalité qui doit être adéquat. Il y a causalité adéquate si le comportement était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à produire ou à favoriser un résultat dans le genre de celui qui s'est produit. Il n'y aura rupture du lien de causalité adéquate que si des circonstances extraordinaires imprévisibles, comme la faute concomitante de la victime ou d'un tiers, surviennent. Ces circonstances doivent en outre être si graves qu'elles apparaissent comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à les amener et notamment le comportement de l'auteur (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées).

La prévisibilité d'un acte ne suffit pas pour que le résultat puisse être imputé au comportement imprudent de l'auteur. Il faut encore regarder si le résultat aurait pu être évité. Dans ce contexte, on analyse

un déroulement causal hypothétique et on examine si, dans l'hypothèse où l'auteur aurait agi conformément à son devoir de diligence, le résultat ne se serait pas produit. Pour que le résultat soit imputé à l'auteur, il suffit que le comportement de ce dernier ait, selon toute vraisemblance, été la cause du résultat (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées).

3.3 En l'espèce, le classement ordonné par le Ministère public se fonde essentiellement sur les constats et déclarations des médecins de l'Hôpital de [...] qui se sont occupés de la prise en charge d'U._____. Leur position est apparemment convaincante en tant qu'ils exposent avoir appliqué les recommandations du document « *Prise en soins des patients suicidaires en milieu hospitalier* » émis par la Direction médicale du CHUV. On peut à première vue adhérer au constat selon lequel, vu l'évaluation du risque suicidaire menée à l'aide des trois critères appliqués par l'ensemble du réseau hospitalier et psychiatrique de Suisse romande (urgence, danger et risque), il n'existait pas d'indication pour un placement de la patiente en chambre de soins intensifs, qui représente l'*ultima ratio*. A cet égard, les médecins ont considéré, en bref, qu'U._____ ne présentait pas d'idées ni de scénarios suicidaires et que le critère de l'urgence était donc faible.

Cela étant, il reste à établir si U._____, qui bénéficiait d'un cadre ouvert, a fait l'objet d'une surveillance adaptée et suffisante eu égard à son état de santé psychique. Or, il n'est pas possible de le déterminer sur la base des éléments au dossier. On ne peut notamment pas expliquer pour quelles raisons, le 27 février 2021, la patiente n'a pas été vue par le personnel soignant entre 7h le matin et le moment de sa mort, alors que le Dr R._____ a indiqué que la présence de l'intéressée devait être contrôlée lors des repas (trois par jour) et des prises médicamenteuses (PV aud. 4, lignes 370-373). A cela s'ajoute que, selon l'expertise privée produite par J._____ à l'appui de son recours, U._____ présentait « des risques de potentiel danger grave à son encontre », en raison du fait qu'elle avait commis deux tentamens en l'espace d'un mois et demi, que le diagnostic était une dépression sévère avec symptômes psychotiques, qu'elle avait verbalisé à plusieurs reprises

qu'elle regrettait de ne pas être morte le jour de son tentamen, qu'elle n'était pas « *rassurable* » selon les propos mêmes de la Dre V. _____ (cf. PV aud. 3, ligne 75), qu'elle était anosognosique, qu'elle présentait une honte et une culpabilité omniprésentes face à ses enfants ainsi que des idées mélancoliques de dévalorisation et d'incurabilité, qu'elle se sentait mal à l'Hôpital de [...] et aurait préféré être à la [...] et qu'elle ne s'exprimait pas couramment en français (P. 24/2/3, p. 7). Si ce document ne constitue pas une expertise judiciaire et ne saurait dès lors avoir d'autre valeur qu'une pièce de partie, on ne saurait toutefois faire fi des éléments qui y sont mis en exergue et qui ressortent en tout état de cause du dossier judiciaire, en particulier du dossier de la patiente (P. 13). Il demeure également des questionnements quant au rôle qu'ont pu jouer les changements de médication dans la survenance de l'événement ainsi que la Fluoxétine ingérée quelques dizaines de jours auparavant, les médecins légistes ayant relevé que les concentrations de cette substance mesurées dans le muscle squelettique se situaient au-dessus des concentrations sanguines thérapeutiques, dans la fourchette des concentrations sanguines toxiques.

En définitive, on ne saurait se contenter, dans une cause aussi complexe et technique, de la seule évaluation des médecins qui sont eux-mêmes mis en cause dans le cadre de la procédure pénale. Il est donc indispensable qu'un expert disposant des connaissances et compétences nécessaires dans le domaine concerné (cf. art. 182 CPP) soit mis en œuvre afin de déterminer si la défunte a fait l'objet de mesures de surveillance appropriées à son état. Ce n'est qu'en possession de cette expertise que l'on pourra déterminer si les règles de l'art médical ont été violées.

3.4

3.4.1 Le recourant se plaint encore du rejet de ses réquisitions tendant à son audition en qualité de partie plaignante et à celle du Dr Q. _____.

3.4.2 Le ministère public peut écarter une réquisition de preuves si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité

pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le ministère public peut, de manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3, JdT 2015 I 115 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3, JdT 2011 I 58 ; TF 6B_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

3.4.3 En l'occurrence, on ne voit pas ce qu'une audition supplémentaire du recourant pourrait apporter au dossier, celui-ci n'étant pas susceptible d'amener des éléments pertinents relatifs au diagnostic médical ou à l'évolution des événements. C'est ainsi à juste titre que cette réquisition de preuve a été rejetée.

Il en est de même de l'audition du Dr Q._____, qui était en vacances durant la semaine où les faits se sont produits et qui était dès lors suppléé par un autre médecin cadre (PV aud. 3, lignes 95-96 ; PV aud. 4, lignes 41-45). Absent, le Dr Q._____ ne saurait être à même de se déterminer sur le cas lui-même. Quant au document « *Prise en soins des patients suicidaires en milieu hospitalier* » et aux règles générales applicables en la matière, il appartiendra à l'expert de se déterminer à ce propos, le Dr Q._____ n'étant pas tenu d'assumer un rôle à la fois de partie et d'expert. Il y a en conséquence lieu de confirmer le rejet de cette réquisition.

4. En définitive, le recours doit être admis, l'ordonnance contestée annulée et le dossier retourné au Ministère public pour qu'il

procède dans le sens des considérants, soit qu'il mette en œuvre une expertise.

Les frais de la procédure de recours, constitués du seul émolument d'arrêt (cf. art. 422 al. 1 CPP), par 1'760 fr. (cf. art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront laissés à la charge de l'Etat (cf. art. 428 al. 4 CPP).

Le recourant, qui obtient gain de cause et qui a procédé avec l'assistance d'un conseil de choix, a droit, à la charge de l'Etat, à une indemnité pour les dépenses occasionnées par la procédure de recours. Au vu du mémoire produit et de la nature de l'affaire, cette indemnité sera fixée à 1'800 fr., correspondant à 6 heures d'activité d'avocat au tarif horaire de 300 fr. (cf. art. 26a al. 3 TFIP), auxquels il convient d'ajouter des débours forfaitaires à concurrence de 2 % (cf. art. 19 al. 2 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6], applicable par renvoi de l'art. 26a al. 6 TFIP), par 36 fr., plus un montant correspondant à la TVA, par 141 fr. 35, soit à 1'978 fr. au total en chiffres arrondis.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 22 septembre 2022 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public de l'arrondissement de Lausanne pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 1'760 fr. (mille sept cent soixante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

V. Une indemnité de 1'978 fr. (mille neuf cent septante-huit francs) est allouée à J._____ pour les dépenses occasionnées par la procédure de recours, à la charge de l'Etat.

VI. L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaëlle Nicolet, avocate (pour J._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur de l'arrondissement de Lausanne,

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 sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 ; 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 :