

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 31 juillet 2018

Composition : M. MEYLAN, président
MM. Krieger et Abrecht, juges
Greffière : Mme Fritsché

Art. 319, 393 al. 1 let. a CPP

Statuant sur le recours interjeté le 4 juin 2018 par **A.J.** _____ et **B.J.** _____ contre l'ordonnance de classement rendue le 22 mai 2018 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE13.005271-HRP**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) D. _____, né en [...], a été hospitalisé sur un mode volontaire à l' [...] du 13 février au 27 avril 2012 en raison d'un premier épisode dépressif. Par la suite, son état psychique s'est amélioré et il a traversé une période marquée par des symptômes d'euphorie et de désinhibition. Son état psychique s'étant détérioré au mois d'octobre 2012, il a séjourné le plus souvent chez ses parents.

Le 26 décembre 2012, D._____ s'est rendu dans le garage situé au sous-sol du logement de ses parents. Ne le voyant pas remonter, son amie et son père sont descendus et l'ont trouvé enfermé dans le garage, où il venait de se sectionner les veines des deux bras. Il a été conduit à l'Hôpital de [...] pour être soigné en urgence. Il a ensuite été hospitalisé à la T._____ en raison d'un risque hétéro-agressif jugé important.

Vers 20h30, le médecin de garde, la Dresse [...], a procédé à son admission non volontaire, en compagnie de l'infirmière [...]. Après évaluation, elle a prescrit un régime « étage strict ». D._____ a également consenti à l'administration d'une médication calmante (Temesta) et à la poursuite de son traitement antidépresseur (Remeron). Il résulte du formulaire d'aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires « RUD » (Risque, Urgence, Danger) que le risque était jugé moyen, tandis que l'urgence et le danger étaient considérés comme faibles.

Le lendemain 27 décembre 2012, l'amie de D._____ lui a rendu visite entre 9h30 et 10h45. A une heure indéterminée, D._____ a quitté l'hôpital et a mis fin à ses jours à 11h30 en se précipitant devant un train non loin de la gare de [...].

b) Le 14 mars 2013, les parents de D._____, A.J._____ et B.J._____, ont déposé plainte pénale et se sont constitués parties plaignantes (P. 4). Ils reprochaient en substance à la T._____ de ne pas avoir exercé une surveillance suffisamment étroite sur leur fils dans les heures qui avaient précédé son suicide.

Le 22 mai 2013, à la suite de cette plainte, le Ministère public de l'arrondissement de La Côte a ouvert une instruction pénale contre inconnu pour homicide par négligence.

c) Le 29 novembre 2013, le Ministère public a ordonné la mise en œuvre d'une expertise visant notamment à déterminer si la prise en charge de D._____ par la T._____ avait été adéquate au regard des règles de l'art et des mesures de surveillance qui avaient été prises.

L'expert désigné, le Dr [...], médecin responsable ad interim de l'Unité de psychiatrie légale du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, a déposé son rapport le 11 avril 2014. Ce rapport se fonde notamment sur les entretiens qu'il a eus avec la Dresse [...], médecin de garde de service lors de l'admission de D._____ à l'hôpital le 26 décembre 2012, avec la Dresse [...], en charge du patient le 27 décembre 2012 dès le début de la matinée, ainsi qu'avec l'infirmière [...], qui a vu l'intéressé durant la matinée du 27 décembre 2012. L'expert relève que lors de l'hospitalisation des 26 et 27 décembre 2012, D._____ présentait un épisode dépressif sévère, qui s'intégrait dans le cours d'une pathologie récurrente. Il souligne que la distinction entre un trouble dépressif récurrent et un trouble bipolaire ne pouvait pas être tranchée, car il aurait fallu plus de temps pour résoudre définitivement la question du diagnostic différentiel (P. 25/2, p. 17).

S'agissant de l'évaluation, l'expert indique que, lors de son arrivée à la T._____, D._____ a été examiné sans tarder par le médecin de garde, qui a procédé à une observation complète de l'état du patient et a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, tout en évoquant la possibilité d'un diagnostic différentiel de trouble bipolaire. D._____ a été régulièrement observé par l'équipe infirmière durant la soirée et la nuit, puis le lendemain matin. L'équipe infirmière n'a cependant pas eu d'entretien direct avec le patient et n'a pas évalué le risque suicidaire. Le médecin assistant en charge de D._____, la Dresse [...], ne l'a pas non plus examiné le matin du 27 décembre 2012, étant occupée par d'autres patients.

Au chapitre de la surveillance, l'expert relève que l'état de D._____ n'a pas été réévalué durant la matinée du 27 décembre 2012 et restait ainsi sous le régime « étage strict ». Comme les portes du pavillon étaient ouvertes à partir de 7h30 ou 8h00, la limitation des mouvements

de D._____ et sa surveillance étaient « purement théoriques » le matin du 27 décembre 2012. En effet, cette surveillance n'était pas limitée matériellement et aucune prescription n'avait été émise à ce sujet.

En conclusion, l'expert estime que D._____ a été correctement évalué lors de son admission et que la surveillance dont il a été l'objet jusqu'au lendemain matin a été correctement prescrite et bien mise en œuvre. Tel n'était toutefois plus le cas à partir du 27 décembre 2012 au matin. Le fait que le patient n'ait pas pu être examiné à ce moment-là par un médecin de l'unité, alors qu'il existait un risque suicidaire, est discutable. L'indisponibilité du médecin, justifiée par la nécessité de prendre en charge des patients plus gravement atteints, constitue une justification compréhensible. Toutefois, en l'absence d'une nouvelle évaluation médicale, toutes les précautions auraient dû être prises pour éviter un nouveau passage à l'acte du patient. Ces précautions consistent soit en une limitation objective des possibilités de mouvement du patient dans l'unité, soit par la mise en œuvre d'un protocole de surveillance précis. Ces deux moyens font défaut à la T._____. Il n'y a pas de porte permettant de fermer les étages en cas de nécessité ni de moyens en personnel suffisants pour mettre en œuvre un protocole de surveillance efficace.

L'expert confirme par ailleurs, en se référant à l'opinion exprimée par le Dr [...] (cf. PV aud. 4 et P. 46), le bien-fondé de la théorie selon laquelle le meilleur moyen d'éviter un passage à l'acte suicidaire des patients hospitalisés serait d'établir un lien thérapeutique fort. Cela suppose toutefois que les soignants disposent du temps nécessaire pour établir une telle relation et qu'ils ne soient pas confrontés à une pathologie qui la mette en échec. L'expert précise que la mise en place d'une relation thérapeutique qui soit à même d'amener le patient à renoncer à un passage à l'acte suicidaire nécessite plusieurs entretiens avec un seul soignant disposant de solides compétences relationnelles et thérapeutiques. Or le temps a manqué pour que ce plan de prise en charge puisse être mis en place. Ainsi, selon l'expert, la prise en charge par la T._____, consistant uniquement en une approche relationnelle

sans autres mesures de surveillance, matérielle ou humaine, ne peut pas être considéré comme conforme aux règles en vigueur (P. 25/2, p. 19).

d) Par ordonnance du 13 juillet 2017, le Ministère public central, division affaires spéciales, à qui l'affaire avait été confiée le 18 mars 2014, a ordonné le classement de la procédure pénale instruite ensuite du décès de D._____ (I), a levé les séquestres portant sur le dossier médical de D._____ de la T._____ ainsi que sur celui de l'Hôpital de [...] et en a ordonné la restitution à ces établissements, dès l'ordonnance définitive et exécutoire (II), et a laissé les frais à la charge de l'Etat (III).

A l'appui de cette ordonnance, la procureure, se fondant sur les conclusions de l'expertise, a retenu que le diagnostic posé lors de l'admission de D._____ à la T._____ était correct, même si un doute pouvait subsister quant à l'existence d'un trouble bipolaire. Il en allait de même de l'évaluation du risque suicidaire et des mesures de surveillance prises au moment de l'admission du patient. Le Ministère public s'est en revanche écarté des conclusions de l'expertise s'agissant du dispositif de surveillance mis en place le lendemain de l'admission, considérant que les mesures prises à ce moment-là étaient suffisantes. Il a relevé en substance le caractère exceptionnel de l'enfermement dans une chambre de soins, dont l'usage était réservé aux patients présentant un risque auto ou hétéro-agressif, en décompensation psychotique ou maniaque, conditions qui n'étaient pas réunies dans le cas de D._____. De plus, une visite du médecin était prévue dans la matinée du 27 décembre 2012. L'infirmière [...], qui avait eu des contacts avec D._____ le matin du 27 décembre 2012, se souvenait que le patient allait beaucoup mieux que la veille et qu'il formait des projets d'avenir. Par ailleurs, une surveillance visuelle permanente des patients était une vision de la psychiatrie abandonnée depuis de nombreuses années. Vécue comme une agression par certains patients, elle n'était mise en œuvre qu'en présence d'un risque élevé et imminent, condition qui n'était pas non plus réalisée dans le cas de D._____. Au surplus, à la T._____, l'approche relationnelle (nouer un lien thérapeutique) était accompagnée de mesures telles que

l'administration de médicaments et le suivi ordinaire du personnel infirmier. De ce qui précède, le Ministère public a déduit une absence de violation du devoir de diligence par le personnel médical et infirmier. Il a par ailleurs considéré, en s'appuyant sur un arrêt de la Cour d'appel pénale du 8 août 2016 (n° 227), que même si une violation du devoir de diligence était retenue, des mesures de surveillance plus strictes auraient diminué le risque de passage à l'acte, sans toutefois le supprimer complètement.

e) Par arrêt du 24 novembre 2017/814, la Chambre des recours pénale a admis le recours interjeté par A.J._____ et B.J._____ contre l'ordonnance de classement du 13 juillet 2017, a annulé cette ordonnance et a renvoyé le dossier de la cause au Ministère public pour qu'il procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

La Chambre des recours pénale a constaté qu'aucune violation du devoir de diligence ne pouvait être reprochée au personnel médical et infirmier de l'Hôpital sur le diagnostic lors de l'admission, sur l'évaluation de l'état suicidaire de D._____ ainsi que sur la surveillance dont il avait fait l'objet jusqu'au matin du 27 décembre 2012. Elle a également constaté qu'aucune responsabilité pénale ne pouvait être imputée au personnel médical et infirmier en raison de la prise en charge, plus particulièrement de la surveillance et de la limitation réelle des déplacements de D._____ au sein de l'unité de soins. En revanche, la Chambre des recours pénale a considéré c'était à tort que le Ministère public s'était écarté des conclusions de l'expert pour exclure toute responsabilité pénale lors de la prise en charge de D._____ par la T._____. Si elle a admis qu'une surveillance de D._____ au quart d'heure - mesure qui n'était d'ailleurs pas préconisée par l'expert - n'aurait pas permis d'empêcher le suicide d'une personne déterminée avec une vraisemblance confinante à la certitude, elle a considéré que la fermeture de l'étage aurait été de nature à empêcher D._____ de quitter l'Hôpital, ce qui aurait permis de prévenir l'issue fatale. L'existence d'un

lien de causalité entre la violation du devoir de diligence relevé par l'expert et le décès du fils des recourants ne pouvait donc pas être exclue.

La Chambre des recours pénale a ainsi considéré qu'il importait de déterminer si l'absence d'étages ou d'unités de soins pouvant être fermés à clé était propre à la T._____, et qu'il appartenait en conséquence au Ministère public de compléter son enquête en interpellant la direction du CHUV sur la question de savoir si le système d'étages ou des unités de soins qui pouvait être fermé à clé durant la journée existait dans les autres établissements psychiatriques, publics ou privés, du canton de Vaud et, dans l'affirmative, s'il était effectivement utilisé. S'il s'avérait que ce système n'existait pas ailleurs ou qu'il n'était pas utilisé parce que la doctrine médicale ne le prescrivait pas, aucune violation du devoir de diligence ne pourrait être reprochée à la T._____. En revanche, s'il apparaissait que ce système existait dans d'autres établissements et qu'il était utilisé, la responsabilité pénale de la T._____ pourrait être engagée, et il s'agirait alors d'identifier, au sein de la direction de la T._____, le ou les auteurs d'un tel manquement (CREP 24 novembre 2017/814, consid. 3.4).

B. a) Par lettres des 29 décembre 2017 et 16 janvier 2018, la procureure a interpellé le médecin cantonal, selon les considérants de l'arrêt précité. Par courrier du 1^{er} février 2018, le médecin cantonal a répondu comme suit (P. 70/1) :

« 1. Quels sont les établissements hospitaliers psychiatriques - publics ou privés - du canton qui traitent de psychiatrie adulte (à l'exclusion des enfants et des personnes âgées) ?

Les trois hôpitaux du Département de psychiatrie du CHUV (Cery, Prangins, Centre psychiatrique du Nord Vaudois à Yverdon), la Fondation de Nant à Corsier-sur-Vevey et la clinique privée La Métairie à Nyon accueillent des patients de psychiatrie adulte.

2. Ces établissements disposent-ils d'étages ou unités de soins qui peuvent être fermés à clé durant la journée ? Le cas échéant, lesquels ?

Par changement de culture institutionnelle, les Unités de soins sont systématiquement ouvertes dans le Canton. Par principe, il n'existe dès lors plus, tout au moins dans le Département de psychiatrie du CHUV, d'étages ou d'unités de soins fermés en psychiatrie adulte, sauf situation exceptionnelle. On entend par situation exceptionnelle des circonstances où toutes les chambres de soins intensifs du Département seraient occupées, qu'aucune possibilité de transfert dans un autre établissement ne serait possible, que plusieurs patients poseraient l'indication à être admis dans une chambre de soins intensifs et que le personnel (de nuit par exemple) serait dans l'impossibilité d'intensifier la présence infirmière auprès d'un patient à risque.

A la Fondation de Nant, il n'y a pas de chambre CSI (réd : chambre de soins intensifs) dédiée à cet effet. Ce sont les chambres courantes qui peuvent être sécurisées selon les cas. Les Unités de soins sont également ouvertes. Une seule division peut être fermée exceptionnellement pour un patient dont on ne souhaiterait pas qu'il fugue et qui ne serait pas pour autant justifiable du maintien dans une chambre fermée.

La Clinique de La Métairie ne ferme pas ses Unités de soins, elle a une CSI.

De manière générale c'est la formation du personnel à des soins personnalisés, tendant à développer au maximum une relation de confiance, et respectant le principe de proportionnalité, qui doit remplacer le plus possible la contention.

3. Quels sont les raisons qui motivent l'existence - respectivement l'absence - d'une telle structure ?

Une telle structure (étage ou unité fermés) n'existe pas dans le canton, les patients à risque étant admis dans des chambres de soins intensifs ou des chambres sécurisables.

Les patients admis en CSI sont ceux qui présentent une maladie psychiatrique aiguë, associée à un trouble majeur du comportement, une inaccessibilité aux interventions de soins courants et à la communication, une auto ou hétéro-agressivité, une agitation ingérable, une désinhibition problématique. En cas de grande dangerosité (risque élevé de passage à l'acte),

les soignants mobilisent tous leurs savoirs en équipe dans le domaine et font appel aux renforts nécessaires au sein de l'Hôpital ou à la police.

La raison qui justifie l'absence de telles structures est également décrite dans la réponse à la question suivante. Le recours à la contention étant une mesure exceptionnelle, elle est pratiquée essentiellement dans les chambres de soins intensifs ou fermées, adaptée à chaque situation particulière, en fonction de critères cliniques très stricts et encadrés par des protocoles répertoriés. La culture institutionnelle a changé, le droit des patients également, et on ne saurait faire subir, sur un étage entier, un dispositif fermé à d'autres patients dont cela altérerait la qualité d'accueil. Le manque de capacité d'hébergement ne permet par ailleurs pas de profiler un étage entier en fonction d'une situation clinique individuelle, ceci d'autant moins que les hôpitaux psychiatriques ont régulièrement diminué leurs nombres de lits au cours des années, avec un redéploiement sur les soins ambulatoires et l'intervention d'équipes mobiles.

4. Lorsqu'il existe un système d'étages ou unités fermés durant la journée, est-il effectivement utilisé ?

Des étages ou des unités spéciales fermées ne sont pas utilisés pour la contention. Une cohorte de patients ne peut être soumise à une hospitalisation sécurisée, puisqu'il s'agit d'indications cliniques liées à des pathologies et à des décisions cliniques individuelles.

En raison des procédures établies depuis 2009, le recours aux CSI doit être une mesure exceptionnelle, comme dernier recours, quand toute autre mesure clinique a d'abord été tentée, en respectant une stricte proportionnalité, après décision pluridisciplinaire, constamment réévaluée et selon un protocole bien établi (cf. documents annexes). De fait, les mesures de contraintes en chambres en CSI ont considérablement diminué ces dix dernières années grâce à des réglementations, des mesures d'information, d'accompagnement et de formation du personnel à la gestion de l'agressivité.

5. Quels sont les motifs de son utilisation, respectivement de son inutilisation ?

Cette question tombe pour les étages ou les unités spéciales.

Les motifs d'utilisation ou de non-utilisation sont évoqués dans les réponses qui précèdent : indications cliniques, recherche de toutes les alternatives possibles, durée brève, limitation à une situation de crise et de dangerosité avérée.

6. Lorsqu'un tel système est utilisé, quels sont les critères d'admission d'une personne dans une telle structure ?

Les motifs d'admission sont évoqués plus haut. En annexe vous trouverez le rapport d'un groupe de travail réunissant des représentants des 4 hôpitaux psychiatriques du canton sous la présidence du professeur Pierre Bovet, rédigé en octobre 2009 (avec un complément rédigé en novembre 2009) et qui reste d'actualité. Destiné au conseiller d'Etat il a inspiré toutes les mesures prises depuis lors dans le canton.

7. Existe-t-il des directives cantonales en la matière ?

Il n'existe pas de directives concernant des étages ou des unités spéciales, si elles devaient exister ce sont les directives des CSI qui seraient appliquées par analogie.

Vous trouverez en annexe le formulaire « Décision de plan de traitement sans consentement du patient » rédigé et inspiré sous l'impulsion du Conseiller d'Etat M. Pierre-Yves Maillard qui se préoccupe de ces questions depuis le début de ses mandats, également dans d'autres lieux de séjour comme les Foyers de personnes souffrant de handicap et les EMS. »

b) Agissant par courrier du 3 mai 2018 dans le délai prolongé de l'art. 318 CPP, les parties plaignantes n'ont présenté aucune nouvelle réquisition de preuves.

c) Par ordonnance du 22 mai 2018, le Ministère public central, division affaires spéciales, a ordonné le classement de la procédure pénale instruite ensuite du décès de D. _____ (I), a levé les séquestres portant sur le dossier médical de D. _____ de l'T. _____ versé sous fiche n° 4152 ainsi que sur celui de l'Hôpital de [...] versé sous fiche n° 4153 et en a ordonné la restitution à l'T. _____, respectivement à l'Hôpital de [...], dès l'ordonnance définitive et exécutoire (II) et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (III).

A l'appui de cette ordonnance, la Procureure s'est fondée sur la missive du 1^{er} février 2018 du médecin cantonal qui révélait que les unités de soins étaient systématiquement ouvertes dans le canton. Le médecin cantonal a confirmé que, de manière générale, la création d'une relation de confiance et le respect du principe de proportionnalité étaient préférés à la contention. Il a exposé que, plus particulièrement au sein du département de psychiatrie du CHUV, il n'existait par principe plus d'étages ou d'unités de soins fermés, sauf « situation exceptionnelle », une telle situation étant réalisée si l'établissement venait à manquer de chambre de soins intensifs en présence d'un patient à risque ayant besoin de ce type de contention.

La Procureure a considéré que dans le cas d'espèce, le placement de D. _____ dans une chambre de soins intensifs n'était pas préconisé, ce qui avait été confirmé par l'expert, et que, par conséquent, la T. _____ ne se trouvait pas dans une situation telle qu'il ne pouvait pas répondre aux besoins sécuritaires d'un patient nécessitant une chambre de soins fermée et qui aurait dû conduire ses responsables à décider la fermeture de l'unité de soins. Elle a retenu qu'on ne saurait retenir une faute de le T. _____ de n'avoir pas fermé l'unité dans laquelle se trouvait D. _____, les conditions de cette mesure n'étant manifestement pas réunies.

Elle a enfin conclu que vu les raisons développées par le médecin cantonal dans son courrier du 1^{er} février 2018, aucune violation du devoir de diligence ne saurait être reprochée à la T. _____, respectivement aux membres de sa direction.

C. Par acte du 4 juin 2018, A.J. _____ et B.J. _____ ont recouru contre cette ordonnance en concluant sous suite de frais et de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public central pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, et à ce que le Ministère public central soit invité à rendre une ordonnance pénale, subsidiairement un acte d'accusation.

Il n'a pas été ordonné d'échange d'écritures.

En droit :

1.

1.1 Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le ministère public en application des art. 319 ss CPP (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 LVCPP [loi vaudoise du 19 mai 2009 d'introduction du code de procédure pénale suisse; RSV 312.01]; art. 80 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

1.2 Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par les parties plaignantes, qui ont la qualité pour recourir (cf. art. 382 al. 1 CPP), et satisfaisant aux conditions de forme posées par la loi (art. 385 al. 1 CPP), le recours est recevable.

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

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). Le principe « in dubio pro durore » 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; cf. ég. ATF 138 IV 186 consid. 4).

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).

3.

3.1 L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de cette infraction suppose ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (TF 6B_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

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

Pour qu'il y ait 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 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 précité et les références 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 130 IV 7 consid. 3.3, JdT 2004 I 497).

3.3 Les recourants reprochent au Ministère public de s'être écarté de l'instruction qui lui avait été donnée par la Chambre des recours pénale (cf. lettre A.e supra). Selon eux, il n'était pas requis du Ministère public de se déterminer sur la question de savoir si la T. _____ « se trouvait dans une situation telle qu'il ne pouvait répondre aux besoins sécuritaires d'un patient nécessitant une chambre de soins fermée et qui aurait dû conduire ses responsables à décider la fermeture de l'unité de soins », mais bien d'examiner si un système d'étages ou d'unités de soins pouvant être fermés à clé durant la journée existait dans les autres établissements psychiatriques, publics ou privés, du canton de Vaud et, dans l'affirmative, s'il était effectivement utilisé.

Or les recourants soutiennent que selon les réponses du Médecin cantonal, il existait bel et bien la possibilité de fermer des unités de soins dans le canton, en tout cas dans le Département de psychiatrie du CHUV, cette possibilité étant utilisée lors de situations exceptionnelles, soit des circonstances où toutes les chambres de soins intensifs du Département seraient occupées, qu'aucune possibilité de transfert dans un autre établissement ne serait possible, que plusieurs patients poseraient l'indication à être admis dans une chambre de soins intensifs et que le personnel (de nuit par exemple) serait dans l'impossibilité d'intensifier la présence infirmière auprès d'un patient à risque (réponse à la question 2). En l'espèce, selon les recourants, la T. _____ aurait précisément été confronté à une telle situation exceptionnelle, puisque le personnel était réduit et qu'il était donc impossible d'intensifier la présence médicale permettant tant de prendre en charge D. _____ que de le surveiller. En outre, le Médecin cantonal a précisé, toujours en réponse à la question 2, qu'à la Fondation de Nant, où il n'y a pas de

chambre de soins intensifs mais où ce sont les chambres courantes qui peuvent être sécurisées selon les cas, « une seule division peut être fermée exceptionnellement pour un patient dont on ne souhaiterait pas qu'il fugue et qui ne serait pas pour autant justifiable du maintien dans une chambre fermée ». Les recourants font valoir qu'il en va de même aux HUG, où l'unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA), qui a une capacité de dix-neuf lits, peut être fermée pour assurer la sécurité des patients face à un risque suicidaire ou de fugue. Selon les recourants, force serait de constater que la possibilité de fermer une division ou une unité de soins existe dans d'autres établissements psychiatriques du canton (Département de psychiatrie du CHUV et Fondation de Nant) et qu'elle est effectivement utilisée dans des circonstances exceptionnelles, qui auraient été réalisées en l'espèce. Ainsi, alors que lors de son admission, D._____ s'était vu prescrire un régime « étage strict », qui était concrètement garanti la nuit par le verrouillage des portes du pavillon, ce régime - qui restait applicable le lendemain en l'absence de réévaluation de son cas - n'était plus garanti pendant la journée, après l'ouverture des portes du pavillon vers 7h30-8h, puisqu'il était impossible de surveiller les patients et de les empêcher de sortir malgré l'ordre de maintien d'étage. En conséquence, selon les recourants, il conviendrait de constater, suivant les conclusions de l'expertise du Dr [...], que la T._____, respectivement les membres du personnel soignant, en ne garantissant pas une prise en charge adaptée, notamment en ne mettant pas en place de système de contrôle des mouvements et de surveillance, a violé son devoir de diligence à l'égard de D._____ et a engagé sa responsabilité pénale.

3.4 L'argumentation des recourants procède d'une vision erronée des explications du médecin cantonal. En effet, dans sa missive du 1^{er} février 2018, le médecin cantonal commence par affirmer que par changement de culture institutionnelle, les unités de soins sont systématiquement ouvertes et que par principe, il n'existe dès lors plus, dans les établissements psychiatriques du canton, d'étages ou d'unités de soins fermés en psychiatrie adulte (P. 70/1 R. 2). Il indique que les patients à risque sont admis dans des chambres de soins intensifs ou des

chambres sécurisables, en fonction de critères cliniques très stricts et encadrés par des protocoles répertoriés, car on ne saurait faire subir, sur un étage entier, un dispositif fermé à d'autres patients dont cela altérerait la qualité d'accueil (P. 70/1 R. 3). En d'autres termes, il explique qu'une cohorte de patients ne peut être soumise à une hospitalisation sécurisée, puisqu'il s'agit d'indications cliniques liées à des pathologies et à des décisions cliniques individuelles (P. 70/1 R. 4).

Toutefois, le Médecin cantonal réserve ensuite la possibilité de fermer toute une division ou une unité de soins à clé durant la journée dans des situations exceptionnelles, en précisant qu'« on entend par situation exceptionnelle des circonstances où toutes les chambres de soins intensifs du Département seraient occupées, qu'aucune possibilité de transfert dans un autre établissement ne serait possible, que plusieurs patients poseraient l'indication à être admis dans une chambre de soins intensifs et que le personnel (de nuit par exemple) serait dans l'impossibilité d'intensifier la présence infirmière auprès d'un patient à risque » (P. 70/1 R. 2). Contrairement à ce que semblent penser les recourants, il ne suffit pas, pour que l'on se trouve dans une telle situation exceptionnelle, que le personnel soit réduit et qu'il soit impossible d'intensifier la présence médicale. Il faut bien plutôt, cumulativement, que plusieurs patients présentent une indication pour être admis en chambre de soins intensifs alors que toutes les chambres de soins intensifs sont occupées et qu'il n'existe aucune possibilité de transfert dans un autre établissement ni aucune possibilité d'intensifier la présence infirmière auprès des patients à risque.

Or ces conditions n'étaient clairement pas remplies en l'espèce, comme cela a déjà été constaté dans le précédent arrêt de la Chambre des recours pénales. Les recourants ne sauraient par ailleurs tirer argument du fait que le Médecin cantonal ait évoqué le cas particulier de la Fondation de Nant où « une seule division peut être fermée exceptionnellement pour un patient dont on ne souhaiterait pas qu'il fugue et qui ne serait pas pour autant justifiable du maintien dans une chambre fermée » (P. 70/1 R. 2). En effet, la Fondation de Nant - où il n'y a pas

chambre de soins intensifs mais où ce sont les chambres courantes qui peuvent être sécurisées selon les cas - n'a manifestement pas encore pleinement intégré les procédures établies depuis 2009, la fermeture, même exceptionnelle, de toute une division pour un patient qui ne serait pas justifiable du maintien dans une chambre fermée était contraire à tous les principes applicables en la matière, tels que décrits par le Médecin cantonal.

Enfin, dans le cas d'espèce, le placement de D._____ dans une chambre de soins intensifs n'était pas préconisé, ce qui a été confirmé par l'expert (P. 25/2 p. 20 R. 4). Par conséquent, le T._____ ne se trouvait pas dans une situation telle qu'il ne pouvait pas répondre aux besoins sécuritaires d'un patient nécessitant une chambre de soins fermée et qui aurait dû conduire ses responsables à décider la fermeture de l'unité de soins.

Au vu de ces éléments, on ne saurait retenir une faute de le T._____ de n'avoir pas fermé l'unité dans laquelle se trouvait D._____, les conditions de cette mesure n'étant pas réunies. Partant, aucune violation du devoir de diligence ne saurait être reprochée à le T._____, respectivement aux membres de sa direction. En l'absence de faute, c'est à bon droit que le Ministère public a rendu une ordonnance de classement dans cette affaire.

4. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, sans autre échange d'écritures, et l'ordonnance de classement du 22 mai 2018 confirmée.

Les frais de la procédure de recours, par 1'870 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais 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 (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 22 mai 2018 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 1'870 fr. (mille huit cent septante francs), sont mis à la charge des recourants, 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 :

- Me Flore Primault, avocate (pour A.J._____ et B.J._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Direction de la T._____,
- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :