

**CHAMBRE DES RECOURS PENALE**

---

---

Arrêt du 16 janvier 2017

---

Composition : M. MAILLARD, président  
MM. Abrecht et Perrot, juges  
Greffière : Mme Cattin

\*\*\*\*\*

**Art. 117 CP ; 319 CPP**

Statuant sur le recours interjeté le 30 novembre 2016 par **J.**\_\_\_\_\_, **I.**\_\_\_\_\_ et **V.**\_\_\_\_\_ contre l'ordonnance de classement rendue le 21 novembre 2016 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE13.003713-LML**, la Chambre des recours pénale considère :

**En fait :**

**A.**        **a)** **Y.**\_\_\_\_\_, née le 27 août 1976, originaire de Colombie, s'est installée en Suisse durant l'été 2008 et a exercé la profession de médecin généraliste. En 2011 et 2012, elle a traversé deux épisodes de dépression durant lesquels elle a bénéficié d'un traitement antidépresseur

à base de Cipralex, le second traitement ayant été interrompu durant sa grossesse.

Le 18 décembre 2012, Y.\_\_\_\_\_ a consulté le Dr K.\_\_\_\_\_, Chef de clinique adjoint au Service de Psychiatrie de Liaison (SPL) du CHUV. Le médecin a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (P. 23/2). Il a adressé sa patiente à W.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP.

La psychologue W.\_\_\_\_\_ a rencontré Y.\_\_\_\_\_ à quatre reprises entre le 19 décembre 2012 et le 15 février 2013. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement sévère avec symptômes psychotiques (mélancolie et paranoïa), a été posé. Le 19 janvier 2013, Y.\_\_\_\_\_ a donné naissance à une fille. Lors de l'entretien du 15 février 2013, la psychologue a constaté que l'état anxiodépressif de sa patiente s'était péjoré et que les insomnies avaient augmenté. Une hospitalisation a été envisagée (P. 21).

Alerté par des recherches effectuées sur Internet par Y.\_\_\_\_\_ sur des moyens efficaces de se suicider, son époux J.\_\_\_\_\_ a emmené celle-ci, sur conseil de la psychologue W.\_\_\_\_\_, au SPL du CHUV dans la nuit du 18 au 19 février 2013.

A cet endroit, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a prononcé une mesure de placement à des fins d'assistance (PLAFA) et a décidé d'adresser la patiente à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_ pour une mise à l'abri d'idées suicidaires dans un contexte d'état anxiodépressif sévère post-partum. Celle-ci a été hospitalisée dans cet établissement le 19 février 2013 à 03h45. Son suivi a été assuré par la Dresse R.\_\_\_\_\_, Cheffe de clinique adjointe.

Le 20 février 2013, à 15h15, le personnel soignant a constaté que Y.\_\_\_\_\_ avait quitté sa chambre située au premier étage de l'hôpital. A la suite de recherches sur le site de M.\_\_\_\_\_ et de la transmission d'un avis de fugue à la police, Y.\_\_\_\_\_ a été retrouvée sans

vie vers 17h50 sur les voies CFF à [...] après un heurt avec un train devant lequel elle s'était jetée.

**b)** Afin de déterminer les causes et les circonstances du décès de Y.\_\_\_\_\_, une instruction pénale a été ouverte par le Procureur d'arrondissement itinérant, alors en charge du dossier.

Les 25 février et 5 mars 2013, J.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, respectivement époux, père et mère de la victime, se sont constitués parties plaignantes.

**c)** Une autopsie médico-légale du corps de la victime a été effectuée par le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML). Selon le rapport établi le 26 juin 2013 (P. 41), le décès de Y.\_\_\_\_\_ est dû aux lésions traumatiques subies, notamment cranio-cérébrales, pouvant être la conséquence d'un heurt par un train. Aucun élément en faveur d'une autre cause éventuelle n'a été mis en évidence.

**d)** Le 23 mai 2013, le Ministère public a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer les circonstances du décès de Y.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 décembre 2013 (P. 61/2), le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, relève en substance que la patiente a connu plusieurs épisodes dépressifs dans le passé et que son état s'est à nouveau dégradé en novembre 2012. Compte tenu de ses angoisses et de son profond sentiment d'incapacité et de culpabilité, la naissance de son enfant en janvier 2013 a encore aggravé la situation. Le soir du 18 février 2013, son époux a trouvé sur son ordinateur une référence permettant de trouver des moyens de suicide efficaces et il a alors immédiatement amené son épouse au CHUV, ce qui a entraîné son PLAFa et son transfert à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_, faute de place à l'Hôpital de D.\_\_\_\_\_. Le rapport d'entrée signé par la Dresse R.\_\_\_\_\_ faisait mention d'une identification par l'entourage d'idées suicidaires avec recherche d'une méthode sur Internet à cette fin.

S'agissant du diagnostic, l'expert relève que l'hospitalisation du mois de février 2013 est intervenue dans le cadre du troisième épisode dépressif de la patiente. On était donc en présence d'un trouble dépressif récurrent avec une intensité élevée après la naissance de l'enfant. À l'arrivée de la patiente à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_, la sévérité de l'épisode dépressif a bien été constatée et diagnostiquée mais la composante psychotique du trouble n'a pas été identifiée, bien que tous les moyens susceptibles d'être mis en œuvre pour faire le bon diagnostic l'aient été, à savoir que la victime a été vue à de nombreuses reprises par des médecins et des infirmiers. Selon l'expert, l'échec relatif de l'examen du diagnostic provient probablement du fait que la patiente exprimait peu ses symptômes psychotiques (idée délirante d'être néfaste pour son propre enfant) et que l'attention de l'équipe soignante et des médecins a été polarisée par des objectifs concrets de recherche de places à l'Hôpital de D.\_\_\_\_\_ puis de déplacement à l'unité mère-enfant. Un risque suicidaire élevé a été décelé, alors qu'il aurait pu être considéré comme très élevé et imminent. L'expert souligne que cette erreur d'appréciation résulte de l'absence de diagnostic des symptômes psychotiques.

L'expert ajoute que la surveillance de la patiente a uniquement consisté à informer l'équipe soignante du degré élevé du risque de suicide, aucun protocole de surveillance n'existant au sein de l'établissement et celui-ci ne disposant pas des ressources suffisantes ni d'une configuration architecturale adaptée. Concrètement, aucune mesure de surveillance n'a été prise par l'établissement à l'endroit de Y.\_\_\_\_\_. L'objectif principal de l'établissement devait être de créer un lien thérapeutique avec la patiente. Toutefois, cette approche thérapeutique, efficace dans la grande majorité des cas, a probablement échoué dans ce cas en raison même de la symptomatologie psychotique de Y.\_\_\_\_\_, qui constituait un obstacle à la création de cette relation de confiance avec le personnel soignant et qui n'a pas été clairement identifiée par les intervenants de l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_. Après la découverte de la disparition de la patiente, les recherches ont été effectuées avec diligence et de façon systématique selon le Dr X.\_\_\_\_\_. La décision de signalement à la police, intervenue environ 1h30 après la disparition, ne

peut être considérée comme tardive, compte tenu des vérifications nécessaires et de l'absence d'un véritable service de sécurité.

Selon l'expert, la prise en charge de la patiente a donc été conforme aux règles de l'art, à l'exception des mesures à l'égard des patients à haut risque suicidaire. L'intéressée aurait dû faire l'objet d'un protocole de surveillance adapté à son état. Compte tenu du diagnostic posé, erroné, la médication prescrite à la patiente était adéquate. En revanche, le risque suicidaire n'a pas été correctement évalué, vu l'absence de prise en compte de la symptomatologie psychotique.

Dans son complément d'expertise du 18 février 2014 (P. 71/2), le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que le médecin en charge du cas de la défunte et qui aurait dû ordonner un protocole de surveillance était la Dresse R.\_\_\_\_\_. Cependant, dans le cadre de son poste à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_, il ne lui avait pas été indiqué de procéder de cette manière dans ce type de situation. Concrètement, les mesures prioritaires auraient dû consister en la prescription d'un protocole de surveillance et en la mise en œuvre de celui-ci, sous forme de limitation des déplacements de la patiente et de contacts infirmiers à un rythme précis constatant l'état physique et psychique de celle-ci. L'expert a toutefois souligné que la limitation des déplacements n'était, selon ses informations, pas possible en raison de l'absence de fermeture efficace de l'étage ou du pavillon.

**e)** Le 27 mai 2015, le Ministère public central, division affaires spéciales, désormais en charge du dossier, a décidé de l'ouverture d'une instruction pénale contre R.\_\_\_\_\_ pour homicide par négligence.

Entendu le 10 novembre 2015 par le procureur, le Dr X.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il n'y avait pas eu de faute ou de violation des règles de l'art médical dans la manière dont le diagnostic avait été posé et dans le diagnostic lui-même. Dès le départ, il était difficile de déceler la composante psychotique et l'avis des différents médecins s'étant prononcés au sein de l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_ « *était tout à fait défendable médicalement* » (PV aud. 5, ligne 149). L'expert a ajouté que l'évaluation

du risque suicidaire effectuée par les médecins ne constituait aucunement une faute ou une violation des règles de l'art et que la fiabilité de cette évaluation était incertaine (PV aud. 5, lignes 221-227). Selon l'expert, si le trouble psychotique avait été identifié, la médication aurait été modifiée et un traitement neuroleptique aurait été entrepris (celui-ci avait bien été prescrit sous forme de prise de Seroquel mais uniquement à titre de somnifère et donc à une dose insuffisante). En outre, l'expert a maintenu que le régime mis en place n'était pas adapté à la situation de la patiente mais qu'un placement en chambre fermée, même dans l'hypothèse où le diagnostic de troubles psychotiques aurait été établi, n'aurait pas été opportun. En effet, une telle mesure n'était justifiée qu'en cas d'imminence particulière de passage à l'acte car elle induisait généralement une rupture du lien thérapeutique et l'inconvénient aurait donc été plus important que le bénéfice, « *même si a posteriori il est possible d'imaginer que cela aurait permis de sauver la patiente* » (PV aud. 5, lignes 273-274).

**B.** Par ordonnance du 21 novembre 2016, le Ministère public a ordonné le classement de la procédure pénale dirigée contre R. \_\_\_\_\_ pour homicide par négligence (I), lui a alloué une indemnité au sens de l'art. 429 CPP d'un montant de 11'029 fr. 20 (II), a ordonné la restitution à l'Hôpital de M. \_\_\_\_\_ du dossier médical de Y. \_\_\_\_\_ inventorié sous fiche n°14490/14 (III) et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (IV).

A l'appui de son ordonnance, le procureur, se fondant essentiellement sur l'avis exprimé par l'expert, a considéré que le diagnostic posé par la prévenue était défendable médicalement et que, même à supposer que cette appréciation médicale ait été erronée, R. \_\_\_\_\_ n'avait commis aucune faute professionnelle en retenant que sa patiente ne présentait pas de trouble psychotique. Le choix de la médication prescrite à Y. \_\_\_\_\_ était en outre adéquat par rapport au diagnostic posé par l'équipe médicale de M. \_\_\_\_\_, de sorte qu'aucune violation d'une règle de l'art médical et donc aucune faute susceptible de

fonder l'infraction pénale reprochée à la Dresse R.\_\_\_\_\_ n'avait été commise. Par ailleurs, même dans l'hypothèse où le neuroleptique administré à la patiente (Seroquel) aurait été adapté à un état psychotique, il n'était aucunement établi qu'un tel dosage aurait suffi à empêcher le passage à l'acte. La prévenue avait d'ailleurs été confrontée au refus de la patiente d'augmenter le dosage et la situation dans laquelle celle-ci se trouvait ne justifiait en aucun cas un traitement médicamenteux forcé. Pour ces motifs également, aucun reproche ni aucune violation des règles de l'art médical ne pouvait être retenue s'agissant de la nature et du dosage du traitement médicamenteux administré.

Le procureur a également estimé que la prévenue n'avait pas sous-évalué le risque suicidaire ni omis de mettre en place des mesures de surveillance adéquates. La patiente avait en effet été placée en cadre « unité » (régime dans lequel le patient est tenu de rester dans l'unité dont il dépend ; il n'existe cependant pas de mesures techniques destinées à assurer le respect de ce cadre, le périmètre de l'hôpital n'étant pas clôturé et les portes d'une unité ne pouvant pas être fermées à clé) et il n'existait pas d'élément permettant de prévoir l'imminence d'un passage à l'acte, même si le risque d'un tel passage à l'acte était élevé. La situation de la patiente ne justifiait pas un placement en chambres de soins intensifs, si bien que le placement en cadre « unité » était conforme et adéquat. Compte tenu des circonstances et notamment de l'attitude de la patiente, ainsi que de l'absence de diagnostic de trouble psychotique, il ne pouvait pas être reproché à la prévenue de ne pas avoir ordonné une surveillance plus importante.

Enfin, s'agissant du laps de temps écoulé entre la constatation de la disparition de Y.\_\_\_\_\_ et le signalement de la fugue à la police, le protocole suivi et le temps inhérent aux démarches entreprises ne révélaient pas un manquement permettant de conclure à une responsabilité pénale.

En définitive, le magistrat a estimé qu'on ne distinguait pas de circonstances qui auraient été ignorées par la Dresse R.\_\_\_\_\_ et qui

auraient immanquablement dû la conduire à mettre en œuvre des mesures particulières, notamment en matière de surveillance ou de médication supplémentaire, ni que le protocole suivi lors de la constatation de la disparition de la patiente laisserait apparaître des lacunes organisationnelles susceptibles de fonder une négligence pénalement répréhensible. En l'absence de faute, il n'était pas nécessaire d'examiner encore si les conditions d'un lien de causalité adéquate étaient par ailleurs réunies.

**C.** Par acte du 30 novembre 2016, J.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont recouru contre cette ordonnance auprès de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, au renvoi de la cause au Ministère public central pour qu'il engage l'accusation contre R.\_\_\_\_\_ pour homicide par négligence, à l'allocation d'une indemnité de 1'323 fr. pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de leurs droits de procédure ainsi qu'à la mise à la charge de l'Etat des frais de procédure.

Dans ses déterminations du 21 décembre 2016, le Ministère public s'est référé à un arrêt de la Cour d'appel pénale du 8 août 2016 (n° 227). Il a expliqué que cette autorité avait considéré, de manière générale, que des mesures de surveillance au quart d'heure, telles que préconisées dans ce cas par l'un des experts, n'étaient pas susceptibles de prévenir mieux un suicide qu'une surveillance standard, et que de toute manière si le patient disposait de la capacité de discernement, ce qui était le cas de Y.\_\_\_\_\_, aucune mesure de surveillance ne pouvait empêcher une personne de s'ôter la vie, de sorte que le lien de causalité ne pouvait jamais être tenu pour établi. La Cour avait également nié, au vu de la gravité d'une telle mesure et des divergences scientifiques quant à son utilité, que la renonciation à un enfermement puisse constituer une violation des règles de l'art susceptible de fonder une négligence punissable. Le procureur a ainsi considéré que les griefs soulevés par les parties plaignantes quant à d'éventuels manquements relatifs à la fréquence de la surveillance ne sauraient en aucun cas fonder un homicide

par négligence faute de lien de causalité. Enfin, compte tenu de cette jurisprudence également, une condamnation pour homicide par négligence apparaissait très invraisemblable, de sorte que le recours devait aussi être rejeté pour ce motif.

Le 11 janvier 2017, R. \_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours.

### **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 vaudoise d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; RSV 312.01] ; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes prescrites (art. 385 al. 1 CPP) auprès de l'autorité compétente, par les plaignants qui ont qualité pour recourir (art. 382 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 ; TF 1B\_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1). 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 ; ATF 138 IV 186 consid. 4.1 ; ATF 137 IV 219 consid. 7 ; TF 1B\_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1).

### **3.**

**3.1** Les recourants reprochent à la prévenue d'avoir sous-évalué le risque suicidaire de Y.\_\_\_\_\_ et manqué de prendre des mesures de surveillance adéquates pour l'empêcher de mettre ses idées suicidaires à exécution. Ils estiment qu'au vu des circonstances entourant son admission en urgence à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_, en particulier des recherches effectuées par Y.\_\_\_\_\_ sur Internet 48 heures plus tôt en vue de trouver un moyen efficace de se suicider, une limitation concrète de ses déplacements s'imposait. En se référant aux directives relatives à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire établies par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), les recourants considèrent que le niveau de surveillance était manifestement insuffisant et non

conforme aux règles en vigueur et aux règles de l'art, cela indépendamment de l'existence ou non de symptômes psychotiques. Cette carence était en outre intervenue durant les premiers jours d'hospitalisation, qui sont les plus délicats, la patiente étant arrivée à fuguer pour se suicider le lendemain déjà de son hospitalisation.

**3.2** L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de cette infraction suppose 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).

**3.2.1** 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, de 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).

**3.2.2** 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 précité et les références 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 précité et les références citées).

**3.3** En l'espèce, ce que les recourants reprochent à la prévenue n'est pas de n'avoir pas diagnostiqué la composante psychotique du trouble dépressif, ni de n'avoir pas prescrit une médication adéquate, mais bien de n'avoir pas mis en place des mesures de surveillances adéquates durant l'hospitalisation de Y.\_\_\_\_\_ à M.\_\_\_\_\_. A cet égard, on relèvera que l'intéressée a été admise dans cet établissement pour une mise à l'abri d'idées suicidaires, clairement exprimées 48 heures plus tôt par ses recherches sur Internet, dans le cadre d'un état anxiodépressif sévère post-partum (P. 26/1). Le relevé médical d'entrée rédigé par la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, indique que la patiente présentait un degré d'urgence immédiat. Selon le document « Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires », ce médecin a évalué le potentiel suicidaire de Y.\_\_\_\_\_ à un risque élevé, une urgence élevée et un danger élevé (P. 39). Il apparaît ainsi que le risque de passage à l'acte était concret, quand bien même la patiente n'ait tout projet suicidaire. Aucune mesure de surveillance spécifique n'a toutefois été mise en place. En effet, entendue le 15 juillet 2015 (PV aud. 2), la Dresse R.\_\_\_\_\_ a

expliqué que le risque de passage à l'acte de Y.\_\_\_\_\_ n'était « pas nul, mais pas imminent ». Selon elle, il n'y avait rien dans les propos de la patiente ni dans son attitude qui laissait envisager un passage à l'acte et l'évaluation du risque suicidaire évoluait au cours de la prise en charge. La prévenue a en outre précisé que la patiente avait été soumise au cadre « unité ». Cela impliquait des contacts réguliers au cours de la journée avec les différents membres de l'équipe soignante, ce qui avait été le cas pour Y.\_\_\_\_\_. Questionnée par l'expert (P. 61/2, p. 10), la prévenue a indiqué qu'il n'existait pas de protocole codifié de surveillance à l'Hôpital de M.\_\_\_\_\_. Les unités de soins étaient ouvertes et il y avait peu de personnel, si bien que la surveillance s'avérait difficile. Selon elle, l'état de la patiente ne justifiait pas une prescription de surveillance constante ni de chambre fermée. Enfin, elle a considéré qu'il aurait fallu pouvoir mettre en place un protocole, mais que cela n'aurait pas pu garantir le non passage à l'acte suicidaire. En outre, il ressort du dossier, notamment du rapport d'expertise du 6 décembre 2013, que ce qui a principalement préoccupé l'équipe soignante durant la courte hospitalisation de Y.\_\_\_\_\_ était la recherche d'un lit disponible à l'Hôpital de D.\_\_\_\_\_ et le lien entre la patiente et son enfant, dont le transfert en unité « mère-bébé » devait se faire dans l'après-midi du 20 février 2015 (P. 61/2, p. 11). Il ressort également de ce rapport que la surveillance de la patiente a uniquement consisté à informer l'équipe soignante du degré élevé du risque de suicide et que l'établissement ne disposait pas de protocole de surveillance, celui-ci n'ayant pas les ressources suffisantes, en personnel notamment, ni une configuration architecturale adaptée. A cet égard, il convient de constater que des protocoles de surveillance existent, comme l'atteste celui utilisé aux HUG relatif à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire, protocole qui prévoit notamment plusieurs évaluations médicales par jour et la possibilité d'une prescription de présence permanente (P. 103/0).

Au vu des éléments exposés ci-dessus, il est difficilement compréhensible qu'une surveillance plus étroite n'ait pas été mise en œuvre durant les premiers jours d'hospitalisation de Y.\_\_\_\_\_, notamment sous la forme d'une limitation concrète des déplacements

ainsi que d'une planification de contacts réguliers avec les infirmiers comme le préconise le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son rapport de complément d'expertise (P. 71/2). L'organisation interne de l'hôpital et sa configuration architecturale ne sauraient constituer une excuse pour ne pas avoir tenu compte du risque de suicide élevé que présentait la patiente. Même en l'absence d'un protocole relatif à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire à l'Hôpital de M. \_\_\_\_\_, comme cela est prévu aux HUG, si la prévenue considérait que Y. \_\_\_\_\_ constituait un danger pour elle-même, ce qui paraît clairement avoir été le cas, elle était tenue de prendre des mesures exceptionnelles hors protocole, voire même d'exiger un transfert de l'intéressée dans un autre établissement adapté à ce type de risque. Comme le relève à juste titre l'expert, la prise en charge de la patiente dans le cadre « unité » n'était pas adaptée. Dans ces circonstances, des mesures de surveillance adéquates auraient très certainement permis de réduire notablement le risque suicidaire. Une violation du devoir de prudence dans la prise en charge de la victime paraît ainsi ne pas pouvoir être exclue, puisque ce manquement ne satisfait pas aux exigences objectives de l'art médical.

En outre, dans son arrêt du 8 août 2016 (n° 227), la Cour d'appel pénale du Tribunal cantonal a considéré, dans un cas où la capacité de discernement du patient ne pouvait être exclue, où le risque suicidaire n'avait pas été évalué par les médecins et où une structure permettant de contrôler la sortie du patient d'un espace ouvert avait été mise en place, qu'une surveillance accrue - au quart d'heure comme préconisée par l'expert dans ce cas - aurait pu diminuer le risque de mortalité, mais ne l'aurait pas supprimé, si bien qu'un rapport de causalité entre le comportement du médecin et le décès de la victime ne pouvait être retenu. Contrairement à ce que soutient le Ministère public, l'état de fait et les circonstances qui ont amené la Cour d'appel à émettre une telle appréciation ne peuvent être assimilés à celles du cas d'espèce. En effet, Y. \_\_\_\_\_ a été admise à l'Hôpital de M. \_\_\_\_\_ sous PLAFA, à savoir sous une mesure portant atteinte à ses droits fondamentaux, dans un état de dépression sévère post-partum avec un trouble psychotique et alors qu'elle présentait un risque de passage à l'acte élevé. Par conséquent,

faute de mise en place d'un protocole de surveillance adéquat pour une patiente visiblement privée de sa capacité de discernement, le lien de causalité entre ce manquement et le décès de la victime apparaît réalisé.

Sur le vu de ce qui précède, les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence apparaissent réalisés et il incombera au Ministère public de dresser un acte d'accusation.

**4.** Il s'ensuit que le recours doit être admis, l'ordonnance entreprise annulée et le dossier renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède dans le sens des considérants.

Les frais de la procédure de recours, constitués de l'émolument d'arrêt, par 1'650 fr. (art. 422 al. 1 CPP et 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 de R.\_\_\_\_\_, qui a conclu au rejet du recours et qui succombe (art. 428 al. 1 CPP).

Les recourants, qui obtiennent gain de cause et qui ont procédé avec l'assistance d'un avocat de choix, ont droit à une juste indemnité pour les dépenses occasionnées par la procédure de recours, au sens de l'art. 433 CPP, applicable par renvoi de l'art. 436 al. 1 CPP (TF 6B\_1065/2015 du 15 septembre 2016 consid. 3.2). Au vu du mémoire produit, cette indemnité sera fixée à 1'050 fr. (3,5 heures à 300 fr.), plus un montant correspondant à la TVA - étant rappelé que si les indemnités au sens des art. 429 ss CPP ne sont pas soumises à la TVA (art. 18 al. 2 let. i LTVA [loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée ; RS 641.20]), il convient de tenir compte du fait que les honoraires payés par la partie à son avocat sont quant à eux soumis à la TVA (CREP 19 mars 2015/91 consid. 3.1.2) -, par 84 fr., soit à 1'134 fr. au total. Elle sera allouée à J.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, créanciers solidaires, et mise à la charge de R.\_\_\_\_\_, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP ; Mizel/Rétornaz, in : Kuhn/Jeanneret [éd.], Code de procédure pénale suisse, Commentaire

romand, Bâle 2011, n. 1 ad art. 436 CPP, p. 1913 ; Schmid, Schweizerische Strafprozessordnung, Praxiskommentar, 2<sup>e</sup> éd., Zurich St-Gall 2013, n. 1 ad art. 436 CPP).

Par ces motifs,  
la Chambre des recours pénale  
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 21 novembre 2016 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 1'650 fr. (mille six cent cinquante francs), sont mis à la charge de R.\_\_\_\_\_.
- V.** Une indemnité de 1'134 fr. (mille cent trente-quatre francs) est allouée à J.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, créanciers solidaires, pour la procédure de recours, à la charge de R.\_\_\_\_\_.
- VI.** 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 Fabien Mingard, avocat (pour J.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_),
- Me Odile Pelet, avocate (pour R.\_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :