

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 31 mai 2024

Composition : M K R I E G E R, président
Mmes Fonjallaz et Courbat, juges
Greffier : M. Ritter

Art. 117 CP ; 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 4 décembre 2023 par **F._____** contre l'ordonnance de classement rendue le 2 juin 2023 par le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne dans la cause n° **PE17.020712-XMA**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) I._____, né en 1983, exerçait la fonction d'agent de sécurité. Il était notamment chargé du transfert et de la surveillance de détenus en zone carcérale du Centre de la Blécherette. Le cahier des charges pour les agents de transfert et de surveillance en vigueur au moment des faits décrits ci-dessous, survenus en particulier le 24 octobre 2017 (cf. not. let. e ci-dessous), avait été établi le 5 décembre 2013 (P.

97/2) avant une mise à jour effectuée le 10 novembre 2017 (P. 57/3). Il comportait les missions suivantes :

« 1. Assure[r], en qualité d'agent d'escorte, le transfert des détenus et gère[r] leurs dépôts et bagages;
2. Assume[r] des services au profit de la zone carcérale et de la ZMS ;
3. Assure[r] les services de garde des détenus ;
4. Seconde[r] le personnel du bureau des transferts ;
5. Assure[r] le courrier des détenus entre les offices pénaux, les tribunaux et les prisons ».

b) A Lausanne, le 22 octobre 2017, une patrouille composée de quatre membres du Corps des Gardes-Frontière (ci-après : Cgfr), à savoir le sergent-major [...], le caporal [...], la caporale [...] et le caporal [...], a été chargée de, notamment, contrôler plusieurs trains TGV au départ de Lausanne et de Vallorbe.

Le jour en question, vers 20h00, alors que les membres du Cgfr se trouvaient en gare de Lausanne, le chien d'intervention de la caporale [...] a marqué [...], ressortissant gambien, né le 1^{er} janvier 1994. Requérant d'asile attribué au canton de Vaud, ce dernier séjournait dans un centre d'accueil de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM). Il existait en Suisse un autre individu, également ressortissant gambien, portant les mêmes nom, prénom et date de naissance que lui. Le double homonyme en question était signalé par l'autorité compétente lucernoise en vue de son renvoi du territoire suisse.

Lors du contrôle du 22 octobre 2017, [...] s'est légitimé au moyen d'une décision d'octroi d'aide d'urgence établie par le canton de Vaud. Le sergent-major [...] a alors donné l'ordre à la caporale [...] et au caporal [...] de procéder aux contrôles d'usage de [...] au poste garde-frontière situé en gare de Lausanne. L'intéressé a ainsi été conduit au poste pour la suite des contrôles. A cet endroit, il a été soumis par le caporal [...] à une fouille de sécurité laquelle a amené la découverte d'une quantité de 1,2 gramme de marijuana en sa possession ainsi qu'au contrôle de ses empreintes digitales. Pendant ce temps, la caporale [...] a procédé à la vérification des répertoires de données électroniques d'où il

est ressorti qu'une personne nommée « [...] », comme la personne qu'ils venaient d'interpeller, était recherchée. Le caporal [...] a dès lors effectué des vérifications complémentaires afin de s'assurer de son identité et a, de manière erronée, déterminé que l'intéressé était signalé par les autorités lucernoises dans le système de recherche RIPOL en vue de son renvoi. Sur la base de cette erreur, il a dès lors été décidé que [...] serait remis à la Police cantonale vaudoise afin d'être conduit au Centre de la Blécherette pour la suite de la procédure, soit pour son transfert dans le canton de Lucerne. Durant le contrôle effectué entre 21h30 et 21h45, [...] s'est plaint de maux de tête et a été pris de vomissements. Aucun médicament ni ordonnance n'ayant été trouvé dans ses affaires personnelles, les membres du Cgfr ont dès lors immédiatement fait appel à une ambulance et ont conduit l'intéressé au service des urgences du CHUV, puis ont quitté le centre hospitalier après avoir organisé sa surveillance par la Police cantonale vaudoise.

c) Le 22 octobre vers 22h30, [...] a été pris en charge par le personnel du service des urgences du CHUV. Il a été correctement identifié sur la base de son dossier médical, étant suivi dans le service de neurologie depuis juin 2017 en raison d'une malformation artério-veineuse pariétale droite et d'importantes crises d'épilepsies, pour lesquelles il avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale le 13 septembre 2017 et d'une prescription médicamenteuse consistant notamment, s'agissant des médicaments antiépileptiques, de Depakine Chrono (valproate) 500 mg, 1 comprimé per os 2x/jour (à 08h00 et à 20h00) et de Keppra (lévétiracétam) 1000 mg, 1 comprimé per os 2x/jour.

Dans un premier temps, les infirmiers [...] et [...] ont procédé aux contrôles des paramètres vitaux du détenu. A un moment donné, alors que les infirmiers étaient revenus dans le box, ils ont retrouvé [...] couché à même le sol, à côté de son lit, la couverture le recouvrant, étant précisé qu'aucun signe de chute n'avait été décelé et que le monitoring était toujours en place. L'infirmier [...] a réinstallé [...] dans le lit. Le détenu a ensuite été examiné par la Dre [...], médecin assistante. Celle-ci a conféré du cas avec la Dre [...], cheffe de clinique qui a étudié le dossier médical

du patient. Les Dres [...] et [...] ont décidé d'entreprendre de nombreux examens, dont un scanner et une ponction lombaire, aux termes desquels le diagnostic de sinusite aiguë a été posé. La Dre [...] a de ce fait décidé que le patient pouvait être libéré de l'hôpital avec un traitement visant à soigner la sinusite. La Dre [...] a ainsi établi une ordonnance prescrivant de l'Ibuprofène 400 mg, 1 comprimé per os max. 3x/jour, du Dafalgan 1 g, 1 comprimé per os max 4x/j si fièvre ou douleur et de l'Augmentin 1g, 2x/j du 23 au 28 octobre 2017 (P. 50/10), puis a informé les policiers qui avaient amené le détenu que ce dernier pouvait quitter l'hôpital en précisant qu'il devait prendre les médicaments prescrits sur une ordonnance qui lui avait été remise.

Le 23 octobre 2017, vers 06h00, [...] a été libéré par les médecins et pris en charge par l'appointé [...] et l'agent [...], de la Police cantonale vaudoise, auxquels l'infirmière [...] avait remis l'ordonnance médicale établie par le médecin ainsi que des cachets, en leur précisant de réexpliquer au patient qu'il devait se procurer les médicaments prescrits sur l'ordonnance et qu'en cas d'incarcération, l'ordonnance devait être transmise au personnel médical du lieu de détention. [...] a ensuite été conduit au Centre de la Blécherette en vue de son transfert à Lucerne.

d) Le 23 octobre 2017, à 06h17, le détenu est arrivé dans la zone carcérale du Centre de la Blécherette. Après avoir fait l'objet d'une fouille complète, il a été placé dans un local de garde à vue. A 07h55, l'appointé [...] et le gendarme [...] ont établi un rapport d'arrestation et de dénonciation à la Loi fédérale sur les stupéfiants sur la base de celui établi par les Cgfr. A 10h43, le départ pour Lucerne ayant été annulé en raison d'un manque de place de transport, le transfert du détenu a été reporté au lendemain, soit le 24 octobre 2017 à 11h00. [...] a dès lors été placé en cellule pour y passer le reste de la journée et de la nuit, ce qui s'est déroulé sans particularités. Le suivi médical a été assuré par l'infirmier [...] (P. 51), à qui l'ordonnance du CHUV avait été remise dès l'arrivée du détenu en zone carcérale.

Il ressort des images de vidéosurveillance de la cellule occupée par [...] ainsi que des témoignages recueillis en cours d'enquête qu'à partir de 08h59, le 24 octobre 2017, l'agent de sécurité [...] a ouvert la guignarde du guichet de la cellule et proposé à trois reprises au détenu d'aller en promenade. Faute de réponse, l'agent a ouvert la porte de la cellule et réitéré sa demande. Le détenu, qui avait les yeux ouverts, a répondu « *en grognant ou marmonnant* » ce que l'agent de sécurité a interprétée comme un refus (Cf. PV aud 2, R. 6 pp. 2). Il a dès lors refermé la porte de la cellule à 08h59.

Les images de vidéosurveillance révèlent ensuite qu'à partir de 09h01, le détenu a été pris de mouvements amples et désorganisés avant de glisser de son lit pour se retrouver au sol. Les mouvements se sont arrêtés à 09h02m29s, alors que le détenu était couché sur le côté gauche, appuyé sur le bord de la couchette. A partir de 09h03m09s, toujours au sol, le détenu s'est positionné sur le ventre avec son bras et sa couverture sous sa tête. A partir de 09h16m54s, des mouvements du corps ont été à nouveau visibles. A partir de 09h34m43s, [...] a été pris de tremblements, puis a présenté différents mouvements du corps. Dès 10h30, plus aucun mouvement n'a été visible.

A partir de 10h50, l'agent de sécurité [...] a levé la guignarde de la cellule puis ouvert la porte. Depuis le palier de la porte, il s'est adressé à [...] qui se trouvait à plat ventre par terre, sur sa couverture, la tête légèrement tournée à droite ; l'agent lui a demandé de se lever pour partir (cf. PV aud. 3, R. 10, pp. 4). Faute de réponse, l'agent a fait appel depuis le palier à son collègue [...] qui se trouvait dans le couloir. Les deux hommes sont entrés ensemble dans la cellule. A partir de 10h51m34s, les deux agents de sécurité ont constaté que le détenu était inconscient et en arrêt cardio-respiratoire. Ils ont fait appel aux secours et débuté un massage cardiaque. A partir de 10h52m31s, un défibrillateur a été amené dans la cellule et a été mis en place sur [...] à 10h53m55s. Arrivés sur place à partir de 11h, les infirmiers ont pris en charge [...]. Malgré les tentatives de réanimation, le décès du détenu a été constaté à 11h36.

e) Le 23 octobre 2017, à midi, I. _____ a débuté son service à la centrale de la zone carcérale et l'a terminé à 19h15. De ce poste, il devait réceptionner les appels des détenus, les téléphones, l'ouverture et la fermeture des portes sécurisées et consulter les caméras de vidéosurveillance, en particulier celles donnant sur les cellules. Le 24 octobre 2017 à 04h00, il a repris son service, qui devait durer jusqu'à 12h15, à la centrale de la zone carcérale. Il était alors notamment chargé de surveiller les détenus par le visionnement des caméras de vidéosurveillance donnant sur les cellules, singulièrement celle occupée par [...].

f) Le 24 octobre 2017, le Ministère public de l'arrondissement de Lausanne (ci-après : le Ministère public) a décidé de l'ouverture d'une instruction pénale contre I. _____ pour homicide par négligence à raison du décès de [...].

Le 6 novembre 2017, F. _____, mère de [...], a déposé plainte pénale, demandant à être admise à la procédure tant comme partie plaignante que comme proche du défunt (P. 20/1).

g) Entendu par la police le 24 octobre 2017 (PV aud. 4) puis par le Ministère public le 11 novembre 2019 (PV aud. 21), I. _____ a en substance expliqué que, lorsqu'il avait pris son service le 23 octobre 2017 à midi, il avait été affecté à la zone carcérale comme centraliste (PV aud. 5, R. 5 pp. 2 et PV aud. 21, ll. 51 à 55). Il a indiqué que lui-même et [...] avaient été informés par les collègues que [...] devait être transféré le lendemain à Lucerne, qu'il avait été examiné au CHUV pour une raison inconnue ; I. _____ a ajouté ne pas avoir reçu de directives particulières concernant ce détenu (PV aud. 4 et 21, ibid). Ces déclarations ont été corroborées par celles de [...], entendu le même jour par la police (PV aud. 3, R. 5, R. 6 et R. 7).

I. _____ a ajouté que, durant son service du 23 octobre 2017 qui s'était terminé à 19h15, il n'avait pas quitté son poste à la centrale, hormis pour se rendre aux toilettes. Il n'avait pas constaté de

comportement inhabituel de la part de [...] sur les caméras de surveillance provenant de la cellule occupée par celui-ci (PV aud. 4 et 21, ibid).

I. _____ a précisé que le 24 octobre 2017, à partir de 08h30-09h00, il avait dû à la fois assurer l'arrivée des détenus d'établissements pour des auditions ou des transferts, ainsi que les arrivées d'enquêteurs, d'avocats et de procureurs pour des auditions. Il devait en outre gérer les nombreux appels internes ou par interphone, de même que l'ouverture des sas ainsi que la surveillance des écrans des caméras donnant sur les cellules. I. _____ a expliqué avoir, à un moment, regardé l'écran de la caméra donnant sur la cellule de [...], lequel ne bougeait pas et semblait dormir. L'agent a dès lors continué à s'occuper des tâches susmentionnées. Lorsqu'il a à nouveau regardé l'écran, il a constaté que [...] était allongé à terre sur le ventre, avec sa couverture sous sa tête ; il a alors constaté que le détenu changeait de positions mais a pensé que celui-ci bougeait simplement dans son sommeil. Concernant le fait que le détenu était allongé par terre, I. _____ a expliqué que ce comportement ne l'avait pas surpris, en précisant qu'il arrivait que des détenus se mettent à terre pour dormir. Il a déclaré qu'à un moment, son collègue [...] lui avait dit qu'il allait réveiller [...] en vue de son transfert. I. _____ a dès lors suivi sur les écrans de surveillance le déroulement de l'intervention qui a mené à la découverte du corps inanimé de [...] et à la constatation de son décès à 11h36 (PV aud. 4, R. 5 pp. 3 ; PV aud. 21 ll. 72 à 85).

h) Lors de son audition par le Ministère public le 11 novembre 2019 (PV aud. 20), la Dre [...] a indiqué qu'elle avait pris son service à 22h30 et qu'aux environs de 22h45, elle avait vu sur le système Gyroflux que le patient avait été installé dans un box des urgences, pour cause de « *céphalées violentes ou inhabituelles* ». Elle a alors ouvert le dossier médical informatique du patient et constaté qu'il était connu au CHUV, en particulier pour avoir été opéré d'une malformation des vaisseaux du cerveau, ainsi que pour bénéficier d'un traitement antiépileptique et antalgique. A son arrivée dans le box, elle a vu un homme qui semblait assez nerveux et qui paraissait essayer de lui faire comprendre quelque chose. Il lui a parlé dans sa langue, qu'il mélangeait avec l'anglais. La Dre

[...] a précisé que, lorsqu'elle était entrée dans le box, le patient était assis sur le lit et faisait des gestes en indiquant notamment le haut. Elle lui a alors tendu un papier sur lequel il a écrit « *13 floor* », qui est l'étage du service de neurochirurgie. Le médecin a cru comprendre que le patient voulait lui dire qu'il était suivi dans ce service. Comme elle avait la lettre de sortie qu'elle avait imprimée, elle la lui a montrée pour lui indiquer qu'elle savait qu'il avait été hospitalisé dans ce service. Il a alors fait « *ok* » du pouce (PV aud. 20, ll. 44 à 69). La Dre [...] a expliqué que si la communication était difficile en ce sens que le patient disait des mots en anglais mais ne faisait pas de phrases, elle n'en est pas moins arrivée à comprendre ce qu'il voulait lui dire et qu'il semblait aussi la comprendre (PV aud. 20 ll. 71 à 81).

Après discussions avec la Dre [...], cheffe de clinique aux urgences, il a été convenu de procéder à une ponction lombaire pour exclure toute suspicion de méningite ainsi que d'effectuer un scanner pour exclure toute hémorragie cérébrale, en raison de la malformation des vaisseaux du cerveau pour laquelle le patient avait été opéré.

S'agissant d'une éventuelle crise d'épilepsie, la Dre [...] a indiqué qu'un examen de laboratoire de base avait été effectué. Elle a ajouté que, faute d'éléments rapportés indiquant une telle crise ou un état post-crise épileptique, aucun électroencéphalogramme n'avait été pratiqué. A cet égard, elle a précisé qu'ils avaient gardé le patient toute la nuit et qu'il n'avait pas présenté de symptômes évocateurs d'une crise d'épilepsie, son état s'étant même amélioré au cours de la nuit (PV aud. 20, ll. 83 à 100). La Dre [...] a fait savoir qu'une crise pouvait occasionner des maux de tête mais que ce n'était pas le symptôme le plus typique, les maux de tête seuls n'étant pas une indication pour une crise d'épilepsie. En effet, ils étaient souvent accompagnés d'autres symptômes, soit de crises convulsivantes, qui n'étaient pas toujours présentes, ainsi, notamment, de pertes de contact, pertes de connaissance, morsures de langue, pertes d'urine et déficits neurologiques (PV aud. 20 ll.122 à 126).

La Dre [...] a en outre déclaré avoir parlé avec le patient de sa médication. Elle a indiqué lui avoir montré la liste des médicaments qui lui avaient été prescrits et lui avoir demandé s'il les prenait en lui montrant les heures de prise, en particulier lui avoir demandé par le geste si le jour en question, il les avait pris, ce à quoi le patient avait répondu en faisant « ok » du pouce (PV aud. 20, ll. 102 à 106).

i) Entendue par le Ministère public le 10 septembre 2020, la Dre [...] a en substance confirmé les déclarations de sa consœur (PV aud. 22). Elle a ainsi expliqué qu'avant de procéder aux examens, la Dre [...] était venue la voir et qu'elles avaient conféré du cas du patient en général. La Dre [...] a expliqué à sa cheffe de service que le patient se trouvait au CHUV en raison de céphalées qui s'étaient manifestées alors qu'il était entendu par la police, qu'elle l'avait examiné et qu'il n'y avait rien de particulier à l'examen physique. Elle lui a également fait état des antécédents médicaux du patient. La Dre [...] a précisé à cet égard qu'elles avaient le dossier informatisé du patient devant les yeux, duquel il ressortait qu'il était connu pour une épilepsie tonico-clonique, pathologie ennuyeuse qui pouvait parfaitement être prise en charge par voie médicamenteuse. A la lecture du dossier médical, la Dre [...] a appris que le patient avait été opéré quelques semaines auparavant d'une malformation artério-veineuse au niveau cérébral et que cette malformation induisait les crises d'épilepsie dont il souffrait. La Dre [...] a ajouté qu'au vu des céphalées et des antécédents du jeune homme, la Dre [...] et elle avaient évoqué plusieurs diagnostics différentiels classés du plus urgent à exclure au moins urgent. Elles ont évoqué dans un premier temps un saignement au niveau cérébral qui aurait été une complication de son opération, raison pour laquelle un scanner cérébral injecté a été ordonné. La deuxième hypothèse évoquée a été la méningite avec des arguments pour et passablement d'arguments contre, précisant que le scanner effectué n'avait pas révélé d'hémorragie. Elles ont alors décidé d'effectuer une ponction lombaire en raison d'indications de fièvre et des céphalées. La Dre [...] a précisé que s'agissant des indications de fièvre, elles avaient été données par la police ou les ambulanciers, mais que ces indications n'avaient cependant pas été constatées au CHUV (PV aud. 22,

ll. 41 à 62). Elle a indiqué que les résultats de l'analyse du liquide céphalorachidien étaient normaux, précisant que sa consœur et elle-même avaient conféré ensemble avant de décider ce qu'elles allaient faire et ont pensé qu'en cas de résultats évoquant une méningite, elles hospitaliseraient le patient et que, s'il n'y avait pas de signes de méningite, elles reposeraient un diagnostic différentiel. La Dre [...] a ajouté que le scanner avait montré des signes de sinusite aiguë qui étaient compatibles avec les symptômes manifestés par le patient, à savoir les maux de tête et de la fièvre, précisant qu'elle-même et sa consœur avaient également évoqué des céphalées de tension, soit les céphalées standards. Au vu de l'état du patient, elles avaient finalement retenu le diagnostic de sinusite aiguë et proposé le traitement ad hoc (PV aud. 22, ll. 75 à 83).

j) Du dossier médical de [...], il ressort que les status cardiovasculaires et neurologiques effectués s'étant révélés sans particularités, les médecins ont retenu les diagnostics différentiels de méningite et d'hémorragie sous-arachnoïdienne. Un angio-CT n'a pas mis en évidence de saignement intracrânien ni de lésion ischémique récente mais a révélé un comblement des sinus frontal et maxillaire gauches, toutefois inchangé par rapport aux images précédentes, ainsi qu'un comblement spumeux partiel du sinus maxillaire droit parlant en faveur d'une sinusite aiguë. Une ponction lombaire effectuée afin de détecter une éventuelle méningite est revenue dans les normes. Compte tenu de ces éléments, un diagnostic de sinusite aiguë maxillaire droite a été retenu et un traitement antibiotique et analgésique a été prescrit (dossier médical séquestré et P 45, p. 4 et 5).

k) Selon le rapport d'autopsie médico-légale établi le 24 janvier 2018 par le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), la cause du décès n'a pas pu être établie sur la base des constatations effectuées sur le corps immédiatement après la constatation de la mort. Néanmoins, sur la base des éléments à leur disposition, en particulier des antécédents médicaux de l'intéressé, des images de vidéosurveillance de la zone carcérale et des analyses toxicologiques

révélant une concentration d'antiépileptique en dessous des valeurs thérapeutiques visées, les médecins légistes ont émis l'hypothèse que le décès était consécutif à une crise d'épilepsie avec apnée centrale et/ou arythmie sévère ayant mené à une encéphalopathie anoxique aiguë (P. 32).

I) Une expertise médico-légale a été mise en œuvre le 6 février 2018. Dans leur rapport du 30 octobre 2018, les experts du CURML ont en particulier conclu que la non-prise par [...] de la médication antiépileptique qui lui était prescrite, entre le 22 octobre 2017 vers 20h, date de son interpellation par le Corps des Garde-frontière, et le 24 octobre 2017 à 11h36, jour et heure de son décès, avait contribué à majorer de manière significative le risque de récurrence de crise d'épilepsie généralisée. De plus, toujours selon les experts, l'état infectieux (sinusite maxillaire droite aiguë) ainsi que l'administration d'un traitement antibiotique avaient pu, dans une moindre mesure, contribuer à abaisser le seuil épileptogène et donc favoriser l'apparition d'une crise d'épilepsie. Les experts mentionnaient enfin qu'une crise d'épilepsie tonico-clonique généralisée pouvait entraîner, entre autres, une apnée centrale et/ou une arythmie cardiaque sévère telle que celle survenue en l'espèce (P. 45, p. 11-13).

Un complément d'expertise a été mis en œuvre le 23 novembre 2018. Dans leur rapport déposé le 4 février 2019, les experts ont conclu que l'omission d'une seule dose de lévétiracétam et d'acide valproïque, en l'occurrence celle du 22 octobre 2017 à 20h, n'aurait pas été suffisante pour entraîner une crise d'épilepsie puis le décès de [...] (P. 53, p. 3). En revanche, une prise en charge rapide de l'intéressé au moment du déclenchement de la crise d'épilepsie, soit le 24 octobre 2017 à partir de 09h01, aurait probablement permis d'éviter le décès (P. 53, réponse 3, p. 3). En réponse à la question de savoir si une personne sans connaissances médicales et non informée de la pathologie du détenu aurait pu ou dû être alertée par les mouvements du détenu, les experts ont répondu ce qui suit (P. 53, réponse 4, pp. 3-4) :

« En ce qui concerne les images de vidéosurveillance à notre disposition, les mouvements amples et rythmiques décrits entre 1 minute 17 secondes et 2 minutes 28 secondes d'enregistrement sont, selon notre appréciation, suggestifs d'une crise d'épilepsie voire d'un autre phénomène anormal (malaise etc.) et donc peu compatibles avec un sommeil agité. Même sans connaissance médicale, les mouvements rythmiques présentés par [...] alors qu'il se trouve au sol, doivent être considérés comme un signe d'alerte.

Les clones intermittentes visualisées plus tardivement dans l'enregistrement sont peu amples et auraient pu ne pas être considérées comme des mouvements anormaux par une personne sans connaissances médicales ».

m) Par ordonnances pénales du 5 mars 2020, l'Auditeur militaire de la Région d'auditeurs 1 a condamné la caporale [...] et le caporal [...] pour inobservation des prescriptions de service par négligence *« pour avoir déterminé de manière erronée l'identité d'un assujetti, M. [...] (...) »*. Les ordonnances précisent que *« la base de données de recherche recensait (...) deux individus ressortissants gambiens portant les mêmes noms, prénoms et dates de naissance »* et que *« la personne contrôlée et arrêtée par les agents du Cgfr n'était pas celle signalée par les autorités lucernoises en vue du renvoi »* (P. 86/2 et 3, spéc. p. 4 in fine). Les ordonnances indiquent enfin que *« [l]e décès de M. [...] n'entretient (...) pas de lien de causalité naturelle, ni a fortiori adéquate avec son interpellation et identification par le Cgrf »* (p. 16 et 15, respectivement).

n) Par courrier du 31 mai 2022, agissant dans le délai prolongé de prochaine clôture, la plaignante a requis la production, par le CHUV, de toutes les données concernant feu [...] telles que figurant dans les systèmes Giroflux et Soarian. Elle a en outre formulé diverses observations, en particulier en invoquant que les Dres [...] et [...] auraient commis des négligences coupables en lien avec le décès de son fils, à l'instar des agents [...] et [...]. Elle demandait la mise en prévention de ces quatre personnes. Elle faisait en outre grief à I. _____ de ne pas avoir remarqué la crise d'épilepsie présentée par le détenu, s'agissant en particulier des mouvements caractéristiques de cette attaque mortelle. Elle demandait le renvoi en jugement de ces cinq personnes (P. 95).

B. **a)** Par ordonnance du 2 juin 2023, approuvée le 15 novembre 2023 et adressée aux parties pour notification le 22 novembre suivant, le Ministère public a prononcé le classement de la procédure pénale dirigée

contre I._____ pour homicide par négligence (I), lui a alloué une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0) arrêtée à 15'000 fr., TVA, débours et vacations compris (II), ainsi qu'une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. c CPP, arrêtée à 1'000 fr. (III), a rejeté sa requête tendant à l'allocation d'une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. b CPP (IV), a ordonné le maintien au dossier d'un disque dur contenant les images de vidéosurveillance inventorié sous fiche de pièce à conviction n° 23181 (V), ainsi que le maintien au dossier du CD de vidéosurveillance de la cellule de [...] inventorié sous fiche de pièce à conviction n° 25204 (VI), a levé le séquestre sur le dossier médical concernant [...] et en a ordonné restitution au CHUV, une fois la présente décision définitive et exécutoire (VII) et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (VIII).

La Procureure, s'estimant suffisamment renseignée sur la cause, a d'abord rejeté les réquisitions présentées par la plaignante le 31 mai 2022. Elle a ensuite retenu les éléments suivants :

- Les médecins [...] et [...] avaient procédé de manière consciencieuse à tous les examens utiles et nécessaires afin de déterminer l'origine des maux de tête et des vomissements que le défunt avait manifestés, étant de plus relevé que les examens neurologiques effectués n'avaient pas confirmé qu'il présentait une crise d'épilepsie, même au stade initial ; tant au regard des examens effectués, de leurs résultats que des échanges avec le patient, on ne saurait raisonnablement reprocher aux médecins de ne pas avoir procédé à d'autres examens ou pris d'autres mesures médicales que celles qu'elles avaient prises.

- A aucun moment l'équipe médicale n'avait communiqué avec les gendarmes au sujet de l'état de santé du patient.

- Le personnel hospitalier avait, ce faisant, respecté le secret médical, notamment sous l'angle des directives institutionnelles portant sur cet objet, ainsi qu'en ce qui concernait la prise en charge de patients privés de liberté et hospitalisés et ambulatoires (P. 82).

- Partant, aucun lien de causalité ne pouvait être établi entre la prise en charge du patient au CHUV et son décès subséquent au Centre de la Blécherette.

- I._____ n'avait, entre le 23 octobre 2017 à midi, moment de la prise de son service à la centrale de la zone carcérale, et le 24 octobre 2017 à 10h30, moment de la découverte du corps inanimé du détenu, reçu aucune information inhabituelle voire inquiétante au sujet en

particulier de la santé du détenu, étant rappelé que l'équipe médicale du CHUV, tenue au secret, n'avait donné aucune information aux policiers et que la seule indication remise aux policiers consistait en l'ordonnance médicale transmise à l'infirmier [...], prescrivant l'administration de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques, ainsi que d'antibiotiques.

- Des déclarations d'[...], il ressortait que le défunt n'avait pas évoqué ses problèmes d'épilepsie à l'infirmier alors même que celui-ci lui avait demandé s'il souffrait d'autres problèmes en lien avec ses maux de tête (PV aud. 18, R. 7, pp. 4 et 5), pas plus que le détenu n'avait, à aucun moment, évoqué auprès des intervenants que ce soit les gardes-frontière, les gendarmes qui l'avaient escorté, le personnel du Centre de la Blécherette ou l'infirmier, qu'il devait prendre une médication anti-épileptique, alors même qu'il la prenait de manière régulière (mention au PV des opérations du 30 octobre 2017).

- Si I. _____ avait déclaré qu'il avait bien constaté, le 24 octobre 2017 vers 09h, sur les images provenant de la caméra de surveillance donnant sur la cellule de [...], que celui-ci était allongé par terre avec sa couverture sous sa tête et semblait dormir, il a indiqué que cette position ne l'avait pas alarmé, ajoutant qu'il arrivait que les détenus migrants adoptent ce type de comportement. Du reste, lors de sa prise en charge au CHUV, l'intéressé avait déjà adopté un tel comportement et avait été trouvé couché au sol par les infirmiers [...] et [...] avec le « *monitoring* » toujours en place. A l'instar de I. _____, ceux-ci avaient déclaré ne pas avoir été surpris ou alertés par ce comportement car ils avaient déjà observé de tels comportements dans la population des migrants (PV aud. 19, ll. 156 à 159 et PV aud. 23, ll. 70 à 75).

- Les faits étaient survenus alors que I. _____ était seul affecté à la zone carcérale en tant que « *centraliste* » et que l'activité en zone carcérale était alors particulièrement intense en raison de l'arrivée de détenus en zone carcérale, de transferts des détenus vers les offices du Ministère public, des tribunaux ou d'autres autorités en vue de leur audition, du transit des fourgons JTS en vue du transfert de détenus en provenance ou vers d'autres cantons, des auditions par la police, par le Ministère public ou par le Tribunal des mesures de contraintes dans les locaux d'audition de la zone carcérale, et de la préparation des détenus en zone carcérale. De plus, le « *centraliste* » devait non seulement surveiller les accès en zone carcérale, les accès piétons et ceux des véhicules à l'extérieur, mais également regarder une cinquantaine d'écrans sur lesquels arrivaient les images de caméras de vidéosurveillance donnant sur les cellules, boxes de garde à vue et de transit, couloirs, issues, garages et extérieur du bâtiment. Cette cinquantaine d'écrans était répartie sur quatre grands écrans, dont deux grands écrans centraux situés un mètre au-dessus de l'agent « *centraliste* » en position assise, donnant notamment sur les cellules de garde à vue et les boxes de garde à vue et de transit et deux écrans latéraux un peu plus petits. Le « *centraliste* » avait en outre trois autres écrans à hauteur du regard, soit deux écrans d'ordinateur sur l'un desquels il tenait en continu le journal d'écrou, ainsi qu'un écran d'alarme (PV aud. 21, ll. 69-71 et 115-133).

- Vu la conjonction de tous ces éléments, force était, selon la Procureure, de constater que I. _____ était, lors des faits, occupé à d'autres activités dévolues à ses tâches de « *centraliste* », et qu'il lui était, à ce moment de forte activité, quasiment impossible, sauf en cas de sollicitation d'un détenu ou d'un collègue, ce qui en l'occurrence n'a pas été le cas, de porter son attention sur une zone ou une cellule en particulier. A cet égard, la magistrate a ajouté que les experts avaient examiné en plein écran les images de la crise présentée par le détenu, alors que le « *centraliste* » percevait la cinquantaine d'écrans répartis sur quatre grands écrans, de la taille « *d'à peine une enveloppe A3* » (annexe au PV aud. 21). Elle a ajouté par surabondance que les experts avaient conclu que les mouvements peu amples visualisés plus tardivement dans l'enregistrement auraient pu ne pas être considérées comme anormaux par une personne sans connaissances médicales, et donc confondus avec une agitation ou des mouvements volontaires selon le contexte clinique (cf. P. 53, pp. 3 et 4), ce qui corrobore ainsi les déclarations de I. _____ au sujet de certains mouvements du corps du détenu, observés par le prévenu sur l'écran donnant sur sa cellule mais considérés par lui comme des mouvements se produisant dans le sommeil (PV aud. 21, ll. 72-85).

Au vu des éléments ci-dessus, la Procureure a considéré, quant au sort de l'action pénale, que le décès était « *dû à une chaîne de malheureux concours de circonstances sans qu'aucun comportement précis, en particulier celui de I. _____, ait joué un rôle direct et imputable à faute dans l'issue tragique* », ce qui excluait tout rapport de causalité entre les actes et omissions incriminés et le décès.

b) Par ordonnance rectificative du 30 novembre 2023, le Ministère public a alloué au conseil juridique gratuit de la plaignante une indemnité arrêtée à 6'389 fr. 90, TVA, vacations et débours inclus.

C. Par acte du 4 décembre 2023, F. _____, par son conseil juridique gratuit, a recouru auprès de la Chambre des recours pénale contre l'ordonnance de classement du 2 juin 2023, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé au Ministère public, pour qu'il procède dans le sens des considérants et, « *à titre subsidiaire* », pour nouvelle décision. Elle a en outre sollicité la désignation de son représentant comme conseil juridique gratuit pour la procédure de recours.

Par acte du 1^{er} février 2024, le Ministère public a conclu, sous suite de frais, au rejet du recours, en se référant intégralement aux considérants de l'ordonnance attaquée.

Le 15 février 2024, la recourante a également transmis une liste d'opérations de son conseil juridique gratuit pour la procédure de recours.

Dans des déterminations du 16 février 2024, I._____, intimé au recours, agissant par son défenseur de choix, a implicitement conclu, avec suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité du recours et « *formellement* » à son rejet. Il a produit une liste d'opérations de son représentant pour la procédure de recours.

La recourante a déposé une détermination complémentaire le 8 mars 2024, confirmant implicitement ses conclusions.

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 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 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

1.2 Le recours a été interjeté dans le délai légal et dans les formes prescrites (art. 385 al. 1 CPP) auprès de l'autorité compétente. S'agissant de la question de savoir si F._____ a la qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), par ordonnance du 10 novembre 2017, la Procureure a prononcé que la recourante participait à la procédure en qualité de partie plaignante

et lui a accordé l'assistance judiciaire. Conformément à la jurisprudence fédérale (ATF 146 IV 76), cette décision scelle le sort de la recevabilité du recours. Partant, le recours est recevable.

2. Mesures d'instruction

2.1 La recourante invoque une violation du principe « in dubio pro duriore ». Elle considère que les éléments constitutifs de l'homicide par négligence sont réalisés et que l'enquête n'est pas complète. En particulier, elle reproche au Ministère public de ne pas avoir ordonné certaines mesures d'instruction (recours, p. 8), à savoir la production, par le CHUV, de toutes les données du défunt dans le système Giroflux et dans le système Soarian, ainsi qu'une reconstitution des faits et l'audition d'[...], dont il sera fait état ci-dessous.

2.2 Aux termes de l'art. 318 al. 1 CPP, lorsqu'il estime que l'instruction est complète, le ministère public rend une ordonnance pénale ou informe par écrit les parties dont le domicile est connu de la clôture prochaine de l'instruction et leur indique s'il entend rendre une ordonnance de mise en accusation ou une ordonnance de classement. En même temps, il fixe aux parties un délai pour présenter leurs réquisitions de preuves. 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. Il rend sa décision par écrit et la motive brièvement (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 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

2.3 En l'espèce, la recourante plaide d'abord que la production, par le CHUV, des dossiers informatiques de feu son fils aurait pu apporter des informations quant aux données médicales dont disposait le personnel soignant lors du séjour du défunt aux urgences le jour de son décès, en particulier dans la mesure où le personnel soignant qui intervient dans la zone carcérale a également accès à ces données. Ce point pourrait, selon elle, servir à déterminer s'il y a eu une négligence coupable de la part de l'infirmier [...].

La recourante relève ensuite qu'on peut « *se demander, avec le recul, s'il n'aurait pas été nécessaire de procéder à une reconstitution* ». Elle n'a toutefois jamais requis une telle mesure d'instruction précédemment. Cette requête est donc tardive.

La recourante plaide également qu'elle avait requis en début d'enquête, soit le 22 décembre 2017 (P. 29), l'audition d'[...]. Cette personne connaissait le défunt et l'avait accompagné dans ses démarches auprès des médecins. La plaignante considère que cette audition était indispensable pour déterminer le comportement habituel du défunt et sa compréhension de l'anglais.

Ces questions seront examinées plus bas en lien avec l'examen de la question au fond.

3. Responsabilité des divers protagonistes

3.1 Dans un second grief, portant, lui, sur le sort de l'action pénale (recours, p. 9 ss), la recourante estime que, hormis le prévenu I._____, diverses autres personnes auraient dû être mises en accusation pour homicide par négligence, à savoir la Dre [...], la Dre [...], l'infirmier [...],

ainsi que les agents de police [...] et [...]. La recourante invoque en substance une violation du principe « in dubio pro duriore ».

3.2 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).

La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe « in dubio pro duriore ». Ce principe vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement. Il signifie qu'en règle générale, un classement 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'acquittement 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 143 IV 241 consid. 2.2.1; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées). 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 (cf. ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

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 12 août 2020/605 et les références citées).

3.3

3.3.1 Selon l'art. 117 CP (Code pénal ; RS 311.0), celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

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 (art. 12 al. 3 CP). Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu et dû, au vu des circonstances, de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte qu'il mettait en danger des biens juridiquement protégés de la victime et qu'il excédait les limites du risque admissible (ATF 148 IV 39, consid. 2.4.2, ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les réf.). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur violation fait présumer la violation du devoir général de prudence (ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1). 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 135 IV 56 consid. 2.1). Par ailleurs, la violation du devoir de prudence doit être fautive, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir reprocher à l'auteur une inattention ou un manque

d'effort blâmable (ATF 135 IV 56 consid. 2.1; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les réf. citées).

Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin sont fonction des circonstances du cas d'espèce, notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité pénale du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 et les références citées ; TF 6B_1177/2022 du 21 février 2023 consid. 2.3.3).

La notion de manquement à ses devoirs ne doit cependant pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement « *a posteriori* », aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical ainsi qu'à toute maladie. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 148 IV 39 consid. 2.3.4 ; ATF 134 IV 175 consid. 3.2; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 ; TF 6B_1177/2022 du 21 février 2023 consid. 2.3.3 ; TF 6B_63/2020 du 10 mars 2021 consid. 3.3.2 ; TF 6B_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1).

Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée. Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.1). L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance ; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat (ATF 116 IV 182 consid. 4a). La causalité adéquate est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la survenance du résultat ou lorsqu'il serait simplement possible qu'il l'eût empêché (TF 6B_1333/2022 du 2 octobre 2023 consid. 2.2.4 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 ou son omission ait, avec un haut degré de vraisemblance, été la cause du résultat (ATF 140 II 7 consid. 3.4 et la référence citée ; TF 6B_1055/2020 précité consid. 4.3.4 et les références citées).

3.3.2 L'art. 3 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) prévoit que nul ne peut être soumis à la torture ni à des traitements inhumains ou dégradants. Sur le plan constitutionnel, l'art. 7 Cst. dispose que la dignité humaine doit être respectée et protégée. A teneur de l'art. 3

Cst., la torture et tout autre traitement ou peines cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.

L'article 3 CEDH impose à l'État de s'assurer que toute personne privée de liberté est détenue dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités de sa détention ne la soumettent pas à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à une telle mesure et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, sa santé et son bien-être sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis (ATF 147 IV 55 consid. 2.5.1 ; ATF 140 I 125 consid. 3.5). Les personnes privées de liberté sont dans une position vulnérable et les autorités ont le devoir de les protéger (TF 6B_30/2022 du 21 février 2022 consid. 4.3 et les références citées).

3.4 La seule infraction susceptible d'entrer en considération est celle d'homicide par négligence. Il y a lieu d'examiner séparément l'implication des différents intervenants.

3.4.1 Les médecins [...] et [...]

La requérante relève tout d'abord (recours, pp. 13 ss) que l'ordonnance examine si ces médecins ont procédé à tous les examens utiles de manière consciencieuse. Or, ce qui leur est reproché est la manière dont la sortie du patient – et non sa prise en charge en tant que telle – a été gérée le matin du 23 octobre 2017. La requérante considère que les deux médecins connaissaient l'état de santé du patient et savaient dès lors qu'il devait impérativement prendre des médicaments pour éviter une crise d'épilepsie. Elle concède que les médecins n'avaient aucune indication au sujet de sa destination à sa sortie, mais relève qu'ils ont indiqué aux policiers qu'il n'était pas certain que le patient ait bien compris toutes les consignes. Il lui a été expliqué qu'il devait se procurer les médicaments prescrits sur l'ordonnance et qu'en cas d'incarcération, cette ordonnance devait être transmise au personnel médical du lieu de détention. La requérante relève encore qu'il ressort du rapport

d'investigation que l'infirmière du CHUV a remis trois cachets aux policiers en sus de l'ordonnance et que ces cachets étaient destinés à traiter une sinusite et non l'épilepsie. La recourante en déduit qu'il appartenait aux médecins, vu les antécédents médicaux du défunt, de s'assurer qu'il avait une dose suffisante d'antépiléptiques sur lui, à sa sortie de l'hôpital. En particulier, les médecins auraient pu donner une dose de médicament à la sortie, fournir quelques doses en réserve au patient et remettre les antécédents médicaux à la police dans une enveloppe scellée à l'attention du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP). Or, elle relève que le document établi à l'attention du personnel du SMPP ne mentionne que les antidouleurs standard et l'antibiotique pour le traitement de la sinusite mais ne mentionne pas l'épilepsie (cf. l'ordonnance du 23 octobre remise par l'infirmier [...] lors de son audition, sous P. 50). Elle relève que cet infirmier a suivi les informations qui lui avaient été adressées et que, s'il avait su que le défunt devait prendre des médicaments antiépiléptiques, il les lui aurait sans doute donnés. Ainsi, toujours selon la recourante, le comportement des médecins est en lien de causalité directe avec le décès.

Comme déjà relevé, la procureure a considéré (ordonnance, p. 11 ss) que les médecins avaient procédé de manière consciencieuse à tous les examens utiles et nécessaires afin de déterminer l'origine des maux de tête et vomissements du patient, de sorte que l'on ne pouvait leur reprocher de ne pas avoir procédé à d'autres examens ou pris d'autres mesures médicales que celles qu'elles avaient prises.

En l'espèce, il faut tout d'abord rappeler que les médecins en question ont procédé à diverses analyses, pour arriver à la conclusion que le patient souffrait d'une sinusite aiguë. Le jour en question, ce dernier n'a pas été admis au CHUV ni examiné en lien quelconque avec son problème d'épilepsie. Le patient n'a alors présenté aucun symptôme évocateur d'une crise d'épilepsie. Les médecins ont ainsi considéré qu'il pouvait quitter l'hôpital avec un traitement visant à soigner la sinusite qui était « l'objet » de la consultation. Aussi bien, une ordonnance médicale a été

établie à cet effet, et transmise aux agents. La Dre [...] a demandé au patient s'il prenait ses médicaments, ce à quoi il a répondu par « ok ».

Le patient a été examiné pour une sinusite aigüe, et il n'est pas contesté qu'il ne présentait alors aucun symptôme d'épilepsie. Il n'a donc été traité que pour une sinusite à ce moment-là et il n'y avait aucun signe précurseur d'une crise d'épilepsie. Dans ces circonstances, l'on ne saurait reprocher aux médecins de ne pas s'être assurés que tous les médicaments en lien avec l'historique médical sont prescrits et pris, qui plus est aux urgences du CHUV et s'agissant d'une consultation limitée à une seule affection.

Ensuite, le patient a confirmé aux médecins qu'il prenait sa médication. Il était conscient et avait le discernement. Certes, la communication était rudimentaire vu l'allophonie de l'intéressé, mais elle s'avérait néanmoins suffisante pour établir ce point.

De plus, de l'aveu même de la recourante, les médecins ignoraient « *la destination* » du patient, en ce sens qu'elles ne savaient évidemment pas qu'il allait se rendre en zone carcérale. On ne voit donc pas qu'elles auraient dû, ni pu, anticiper le fait qu'il n'allait pas pouvoir se rendre directement à son lieu de résidence dans un centre d'accueil de l'EVAM pour prendre sa médication. Par ailleurs, il n'existe aucune obligation pour les médecins de donner en réserve « *en avance* » la médication prescrite à tout patient qui est déchargé des urgences. La recourante ne prétend d'ailleurs pas expressément le contraire. C'est donc en vain qu'elle fait grief aux médecins de ne pas avoir donné au patient des médicaments en réserve pour l'épilepsie, ou à tout le moins de ne pas avoir attiré l'attention spécifique des gendarmes ou de l'infirmier en zone carcérale sur ses antécédents.

Par ailleurs, étant constant que le patient était traité uniquement pour une sinusite, il n'y avait aucune obligation pour les médecins d'attirer l'attention du SMPP sur tous ses antécédents, étant rappelé que le patient a indiqué prendre sa médication.

Enfin, la recourante omet la problématique du secret médical, en semblant prétendre qu'il suffisait de demander au patient de délier les médecins à cet égard. Or, il n'existe pas d'obligation des médecins de procéder de la sorte, ce d'autant plus qu'il n'y avait aucune raison de craindre que le patient fasse une crise d'épilepsie. Celui-ci, pleinement conscient et ayant le discernement, aurait également pu requérir expressément soit qu'on lui donne ses médicaments en question, soit que les médecins communiquent avec la police, ce qu'il n'a pas fait. D'ailleurs, il ressort de l'art. 3 de la directive institutionnelle de la Direction médicale du CHUV du 5 septembre 2016 intitulée « *Prise en charge des patients privés de liberté hospitalisés et ambulatoires au CHUV* » (P. 82/3), que ce n'est qu'en cas d'extrême urgence, soit en présence d'un état de nécessité (art. 18 CP), que le médecin peut déroger de lui-même au secret médical et avertir les autorités compétentes (police, gendarmerie), si la vie ou l'intégrité corporelle de son patient est gravement et objectivement menacée. Tel n'était cependant pas le cas en l'espèce, et la recourante ne prétend d'ailleurs pas le contraire.

Ainsi, il n'y a aucune négligence coupable de la part des médecins. A fortiori, il n'y a aucun lien de causalité entre la prise en charge du patient et le décès. C'est donc à juste titre que les Dres [...] et [...] n'ont pas été mises en cause.

3.4.2 Les agents de police [...] et [...]

La recourante relève que ces policiers ont rédigé un rapport de dénonciation pour infractions à la législation sur les stupéfiants le 23 octobre 2017 au sujet du défunt (soit avant la crise d'épilepsie), qui contenait les informations exactes sur l'identité de la personne. En conséquence, la recourante leur reproche de ne pas s'être rendu compte que leur rapport contredisait les constatations de leurs collègues gardes-frontière qui avaient commis l'erreur initiale d'indentification. Ainsi, ils auraient, toujours selon la plaignante, pu et dû constater que le défunt n'avait rien à faire en zone carcérale de la Blécherette et qu'il devait être

remis en liberté, ce qui lui aurait permis de regagner le centre EVAM et de prendre ses médicaments. Toujours d'après elle, le rapport de causalité entre ces actes et le décès serait ainsi établi.

La procureure n'a pas spécifiquement examiné le comportement de ces deux agents dans l'ordonnance entreprise.

Il faut tout d'abord rappeler que deux des gardes-frontière impliqués ont été condamnés par la justice militaire (P. 86/2 et 3, déjà mentionnées) pour violation des règles prévues pour l'identification d'un assujetti, résultant d'un manque de diligence, d'où la déclaration de culpabilité pour inobservation des prescriptions de service par négligence. Il a été retenu que cette situation ne pouvait pas être jugée comme un cas de peu de gravité, au contraire, puisque la mauvaise identification avait conduit à ce que la personne en question fasse l'objet de mesures de contrainte sur une base erronée. Pour le reste, les ordonnances de condamnation de la justice militaire retiennent, comme déjà relevé, qu'il n'était ni établi ni vraisemblable, que sans l'intervention litigieuse, le décès de l'assujetti ne serait pas survenu.

En l'espèce, cette analyse, assurément fondée, doit s'appliquer également aux deux agents concernés. Ces agents ont omis de procéder à l'identification de la bonne personne pour la rédaction d'un rapport de dénonciation. Une comparaison des numéros SYMIC des deux doubles homonymes aurait révélé l'erreur. Cette omission constitue une violation de leurs devoirs de fonction. Comme relevé par la justice militaire en ce qui concerne les deux gardes-frontière incriminés, cette erreur a été grave, dès lors qu'elle a conduit à ce que des mesures de contrainte ont été prises contre une personne qui n'était pas censée en être l'objet. Pour autant, cette omission ne relève d'aucune disposition pénale.

Il faut ainsi retenir qu'il n'y a aucun lien de causalité entre cette négligence et le décès de l'assujetti. Pour ce motif, il n'y a pas lieu de mettre en accusation ces deux agents.

3.4.3 L'infirmier [...]

La recourante invoque une négligence coupable dans la prise en charge du patient par l'infirmier de la zone carcérale. Elle concède que cet intervenant aurait reçu des indications lacunaires des médecins du CHUV, mais qu'il n'en avait pas moins plein accès à la base de données Soarian et qu'il pouvait ainsi prendre connaissance du dossier médical du défunt, et donc de ses antécédents.

Il doit tout d'abord être relevé que la recourante n'a pas requis auparavant que cet infirmier soit mis en prévention. Or, il n'y a pas matière à mise en prévention, respectivement en accusation, pour les motifs ci-après.

Tout d'abord, il ressort de l'instruction – et ce n'est pas contesté par la recourante – que l'infirmier s'est entretenu avec le patient en anglais et a préparé un pilulier avec les médicaments prescrits pour la sinusite. Comme déjà relevé, le patient était pleinement conscient et avait le discernement. Partant, rien ne l'aurait empêché de dire à l'infirmier qu'il avait besoin d'autres médicaments, ce d'autant plus que ce dernier lui a demandé s'il souffrait d'autres problèmes en lien avec ses maux de tête (PV aud. 18, pp. 4 et 5).

Ensuite, s'agissant de la consultation de l'intégralité du dossier médical du défunt, l'infirmier en zone carcérale de service n'est tenu qu'à s'assurer que les détenus ont les médicaments nécessaires qui leur ont été prescrits. Or, comme l'a relevé l'infirmier durant l'enquête, le patient n'a fait état d'aucune autre affection alors qu'il était interrogé à ce sujet, s'agissant en particulier de son épilepsie (PV aud. 18, R. 7). Partant, l'infirmier a satisfait à cette obligation en s'entretenant avec le détenu (cf. ci-dessus) et en lui donnant des médicaments pour le traitement de sa sinusite, à savoir pour la seule affection portée à sa connaissance. On ne peut donc reprocher aucun manque de diligence à l'infirmier.

Enfin, la recourante a requis, à titre de mesures d'instruction, la production, par le CHUV, des données du patient répertoriées dans les systèmes Soarian et Giroflux. Or, comme déjà relevé, il est établi en l'état du dossier que l'infirmier a satisfait à ses obligations. Partant, les mesures d'instruction requises sont inutiles, de sorte que la requête doit être rejetée.

3.4.4 L'agent de sécurité I. _____ (prévenu)

La recourante estime que le prévenu porte une responsabilité importante pour ne pas avoir remarqué la crise d'épilepsie du défunt qui s'est étendue de 1h24 à 2h10. Elle relève que le prévenu prétend ne pas avoir vu les mouvements corporels rythmiques dont font état les experts, alors même que ceux-ci lui ont paru évidents lorsqu'il a revu les images de vidéosurveillance avec son défenseur. Or, la recourante relève que, quelle qu'ait pu être l'ampleur des tâches confiées au prévenu, la principale et la plus essentielle restait la surveillance des personnes placées en cellule. Elle relève encore qu'à suivre le Ministère public, le cahier des charges du prévenu en vigueur lors des faits totaliserait un taux d'activité de quelque 135 % (40 % + 40 % + 10 % + 5 % + environ 40 %) et que, même si l'on tenait pour avéré que le prévenu était seul au moment des faits, on doit aussi retenir que sa priorité devait se porter sur la surveillance des cellules. Il ressort de l'expertise que la crise mortelle a duré entre 1h24 et 2h10 et qu'elle était caractérisée par des gestes amples et saccadés. Se prévalant de l'expertise, la recourante soutient ainsi qu'une prise en charge rapide aurait pu permettre d'éviter le décès.

Dans ses déterminations du 16 février 2024, le prévenu plaide l'absence de causalité adéquate entre les actes et omissions incriminés et le décès du détenu. Il se prévaut du fait que, lors de son arrivée en zone carcérale, ce dernier ne bénéficiait d'aucun statut spécial qui aurait pu attirer l'attention, aucune information médicale n'ayant été communiquée à la centrale ou aux agents de détention. Le prévenu a occupé seul le poste de « *centraliste* » pendant la durée de son service en deux tranches, soit de 12 h à 10 h le 23 octobre 2017 et de 4 h à 11 h le lendemain. La

surveillance en continu des détenus n'est pas prévue, sauf en cas d'état médical dûment identifié comme critique. Exercer en continu une surveillance portant sur une trentaine de boxes de la zone carcérale nécessiterait d'affecter spécifiquement un employé à cette tâche, ce qui n'a jamais été le cas. L'intimé relève ensuite que son cahier des charges en vigueur à l'époque des faits comprenait la gestion des détenus au sein de la zone carcérale, la commande et la distribution des repas, le contrôle des dépôts et des bagages des détenus, ainsi que la tenue du livre d'écrou. Concrètement, cela implique, selon lui, de gérer les entrées et sorties des véhicules dans les garages, dès lors que c'est le « *centraliste* » qui suit sur les écrans les déplacements et actionne les portes. Tous les sas doivent être actionnés manuellement. Simultanément, le « *centraliste* » traite les demandes des détenus et les appels de l'extérieur. Il dispose de quatre écrans devant lui, sur lesquels il y a environ une cinquantaine de petits écrans comportant les images des cellules, des couloirs et des garages, notamment. Le prévenu ajoute que, le matin du 24 octobre 2017, il a déployé une activité intense en zone carcérale. Divers intervenants sont passés à la cellule 3, soit un securitas, un agent de surveillance et un infirmier, sans que cela ne suscite une quelconque information inhabituelle. En particulier, il a ainsi été démontré par divers témoignages que le fait qu'un détenu migrant se couche au sol sur sa couverture n'avait rien d'alarmant ou d'inhabituel. En définitive, la multitudes des tâches confiées au prévenu lors des faits exclurait, dans ces circonstances, tout manque de diligence et, partant, toute responsabilité pénale.

L'état de fait de l'ordonnance est à juste titre incontesté pour ce qui est de l'activité du prévenu au moment des faits (l'énoncé général du cahier des charges constituant un autre aspect). Il ressort de l'expertise du CURML et du complément, notamment que le décès était consécutif à une crise d'épilepsie avec apnée centrale et/ou arythmie cardiaque sévère ayant mené à une encéphalopathie anoxique aigue. Selon les experts, l'omission d'une seule dose de la médication n'aurait pas été suffisante pour entraîner une crise, puis le décès. En revanche, une prise en charge rapide du détenu au moment du déclenchement de la

crise, soit le 24 octobre 2017 à partir de 9h01, aurait probablement permis d'éviter le décès (P. 53, p. 3). Les experts ont en outre répondu à la question de savoir si une personne sans connaissances médicales et non informée de la pathologie du détenu aurait pu ou dû être alertée par les mouvements de l'intéressé (P. 53, réponse 4, déjà citée).

Appréciant les faits, la procureure a tout d'abord relevé que le prévenu n'avait reçu aucune information inhabituelle voire inquiétante au sujet de la santé du détenu. Le prévenu a indiqué qu'il avait constaté, vers 9h, sur les images de caméra que l'intéressé était allongé par terre avec la couverture sur sa tête et semblait dormir ; il n'avait pas été alerté car il arrivait fréquemment que des détenus migrants adoptent ce type de comportement. La procureure a examiné le cahier des charges du prévenu, mais s'est fondée sur sa nouvelle teneur, modifiée après les faits. La version du 5 décembre 2013 (P. 97, déjà mentionnée), soit celle en vigueur au moment des faits, comme déjà relevé, n'indique que des généralités (conduite, missions et activités, etc.) mais ne comporte aucune description précise de ces champs d'activité. La procureure a ensuite relevé que, le matin en question, le prévenu était seul affecté à la zone carcérale en tant que « *centraliste* » et que l'activité devenait particulièrement intense en raison de l'arrivée des détenus et de leurs transferts vers diverses autorités. Ainsi, le « *centraliste* » doit non seulement surveiller les accès en zone carcérale, les accès piétons et véhicules, mais aussi regarder une cinquantaine d'écrans sur lesquels arrivent les images des cellules, boxes de garde à vue et de transit, couloirs, issues, garages, extérieur bâtiment. Cette cinquantaine d'écrans est répartie sur quatre grands écrans, de la taille d'environ une enveloppe A3 par cellule. Or, le prévenu ne conteste pas ne pas avoir vu les mouvements amples et rythmiques du défunt suggestifs d'une crise d'épilepsie ou autre malaise qui selon les experts ont duré une minute 11 secondes, dès lors qu'il était occupé à ses tâches de « *centraliste* » et qu'il lui était, à ce moment de forte activité, quasi impossible de porter son attention sur une zone ou une cellule en particulier. En conséquence, il n'y avait aucune négligence coupable de sa part.

En l'espèce, bien qu'étendue et précise à maints égards, l'instruction n'a pas permis d'établir au moins deux aspects de l'activité du prévenu pouvant s'avérer déterminants pour le sort de l'action pénale.

D'abord, on ignore où exactement se trouvait le prévenu pendant les 71 secondes critiques de la crise d'épilepsie. En particulier, on ne sait pas s'il se trouvait alors à son poste de travail devant un écran ou s'il était occupé à gérer une arrivée ou une sortie de détenu, voire s'il se vouait à une autre tâche encore. Une reconstitution, par exemple, aurait permis de déterminer plus précisément les tâches alors exercées par le prévenu, ainsi que, le cas échéant, leur répartition et les conditions exactes de leur exercice.

Ensuite, le rapport d'activité de la zone carcérale du jour en question (P. 98) ne mentionne pas le nombre de détenus présents au moment en cause, pas plus que l'ancien cahier des charges ne comporte des directives précises quant à la surveillance des détenus, soit, en d'autres termes, quant à la part d'activité dévolue à cette tâche ; comme déjà relevé, une telle estimation ne découle que du cahier des charges mis à jour le 10 novembre 2017 (P. 57/3). L'addition de proportions effectuée par la recourante, qui aboutit à un taux d'activité de quelque 135 %, se fonde ainsi sur le nouveau cahier des charges, faute pour l'ancien de prévoir une telle répartition des tâches. On ignore si les parts respectives des champs d'activité énoncées depuis le 10 novembre 2017 (40 %, 40 %, 10 %, 5 % et environ 40 %) étaient déjà, de fait, celles du poste en question le 24 octobre 2017, soit moins de trois semaines auparavant. En tout cas, même s'il tombe sous le sens qu'une telle répartition ne peut être effectuée à l'unité de pourcentage près et qu'il faut prendre en compte les inévitables aléas, il apparaît insolite que la somme des champs d'activité découlant du nouveau cahier des charges excède largement 100 %.

L'instruction doit être complétée quant aux points ci-dessus.

3.4.5 Autres intervenants éventuels

L'ordonnance de classement ne mentionne pas si, respectivement dans quelle mesure, le prévenu a agi conformément aux directives et règles de l'art imposées par ses supérieurs hiérarchiques, s'agissant en particulier de savoir quelles sont les normes éventuelles en matière de surveillance des détenus en zone carcérale, ainsi que comment et par qui a été prise la décision de n'attribuer qu'à une seule personne la mission de surveiller ces détenus par écrans de contrôle, laquelle, comme décrit ci-dessus, implique une vaste pluralité de tâches pour l'exécutant qui en est chargé.

Ces questions doivent être résolues par l'apport de tous documents utiles, les cas échéant par l'audition des personnes en charge de l'organisation de la surveillance.

4. Il appartient au Ministère public de procéder à tout complément d'instruction utile à cet égard avant de statuer à nouveau.

5. En définitive, le recours doit être admis, l'ordonnance attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé au Ministère public pour qu'il procède dans le sens des considérants. La Cour ajoute que l'ordonnance rectificative du 30 novembre 2023, qui ne porte que sur un accessoire et qui ne fait l'objet d'aucune conclusion du recours, ne relève pas de sa cognition dans la présente procédure.

6. La recourante a sollicité la désignation de son représentant comme conseil juridique gratuit pour la procédure de recours. Sous l'empire de l'art. 136 al. 1 aCPP, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2023 (art. 453 al. 1 CPP), il n'y avait toutefois pas lieu de désigner à nouveau le conseil juridique gratuit. La requête de la recourante tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours est superflue, étant donné que le droit à un conseil juridique gratuit vaut pour toutes les étapes de la procédure et ne prend fin qu'à l'épuisement des voies de droit régies par le CPP (CREP 25 juillet 2023/559 ; CREP 22 octobre 2021/972 ; CREP 23 décembre 2020/828 ; CREP 3 octobre

2018/775). Bien que procédant de l'ancien droit, la désignation prononcée par l'ordonnance du 10 novembre 2017 déploie ainsi ses effets jusqu'au terme de la procédure cantonale.

7. Vu l'admission du recours, les frais de la procédure, constitués de l'émolument d'arrêt, par 3'520 fr. (art. 20 al. 1 TFIP), ainsi que de l'indemnité allouée au conseil juridique gratuit de la recourante, seront laissés à la charge de l'Etat (art. 428 al. 4 CPP).

Le mandataire a établi une liste d'opérations du 15 février 2024. La durée de 2 heures et 30 minutes figurant au titre des conférences avec la cliente est excessive, s'agissant d'un dossier déjà connu pour être plaidé de longue date. Seule une durée de 1 heure et 30 minutes sera retenue pour ce poste. Pour le surplus, les courriels et les simples lettres ne sauraient être indemnisés, s'agissant de pures tâches de secrétariat, ce qui commande de retrancher 1 h et 6 minutes à ce titre. Pour le reste, il y a lieu de se fonder sur la liste d'opérations, ce qui implique de retenir 8 heures et 30 minutes pour la rédaction de l'acte de recours, 1 heure et 54 minutes au titre des recherches juridiques et de l'étude du dossier, ainsi que 1 heure pour les opérations postérieures au présent arrêt. Enfin, le mémoire complémentaire du 8 mars 2024 doit être pris en compte à raison de 30 minutes.

L'indemnité doit ainsi être arrêtée sur la base d'une activité d'avocat breveté d'une durée de 11 heures et 54 minutes, au tarif horaire de 180 fr., soit à raison d'honoraires de 2'142 fr., montant auquel s'ajoutent des débours forfaitaires à concurrence de 2 % des honoraires admis (art. 3^{bis} al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 26b TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), ainsi que la TVA au taux de 7,7 % sur les prestations antérieures au 1^{er} janvier 2024 (10 heures et 24 minutes) et de 8,1 % sur les prestations postérieures au 31 décembre 2023 (1 heure et 30 minutes). L'indemnité s'élève ainsi à 2'355 fr. au total en chiffres arrondis.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 2 juin 2023 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.** L'indemnité allouée à Me Christophe Tafelmacher, conseil juridique gratuit de F._____, est fixée à 2'355 fr. (deux mille trois cent cinquante-cinq francs), débours et TVA compris.
- V.** Les frais d'arrêt, par 3'410 fr. (trois mille quatre cent dix francs), ainsi que l'indemnité allouée au conseil juridique gratuit de F._____, par 2'355 fr. (deux mille trois cent cinquante-cinq francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- VI.** L'arrêt est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christophe Tafelmacher, avocat (pour F._____),
- Me Stefan Disch, avocat (pour I._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Procureure 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 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).

Le greffier :