

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 9 février 2017

Composition : M. MAILLARD, président
M. Perrot, juge, et Mme Epard, juge suppléante
Greffière : Mme Vuagniaux

Art. 117 CP et 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 22 décembre 2016 par **X.**_____ contre l'ordonnance de classement rendue le 9 décembre 2016 par le Ministère public central, Division affaires spéciales, dans la cause n° **PE13.001865-SFE**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. **a)** Y._____, né le [...] 1990, a été hospitalisé à cinq reprises entre mai 2008 et juin 2009 à l'Hôpital psychiatrique de Cery, essentiellement en raison de troubles du comportement, s'exprimant en particulier par des actes agressifs envers sa mère X._____ et sa sœur, ainsi qu'envers le personnel soignant. De manière générale, Y._____ ne s'est pas pleinement soumis aux hospitalisations et a fugué à plusieurs

reprises de l'hôpital. Il n'est pas parvenu à observer entièrement les traitements prescrits et à s'investir dans des activités thérapeutiques. Il présentait un comportement en retrait, avec peu de contact avec les soignants et les autres patients. Il souffrait d'un trouble de nature psychotique aigu d'allure schizophrénique avec des facteurs de stress associés (F23.1), allié à une consommation de cannabis, de cocaïne et d'alcool nocive pour la santé (F12.1 et F10.1).

De juillet 2009 à juillet 2012, Y._____ a été hospitalisé en milieu psychiatrique au Portugal. Début août 2012, il a décidé de revenir en Suisse et de vivre chez sa mère, dans un contexte chronique de tension avec celle-ci et des épisodes de violence.

b) Le 17 septembre 2012, Y._____ s'est présenté au CHUV avec sa mère en raison d'un abus médicamenteux. Il a été hospitalisé d'office le lendemain au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (CPNV) pour une mise à l'abri d'idées suicidaires. Il présentait en outre des idées auto- et hétéro-agressives scénarisées avec l'usage d'un couteau. Le formulaire « Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires » a été rempli le 18 septembre 2012.

Y._____ était suivi au CPNV par la Dresse G._____, supervisée par la Dresse [...], ainsi que par le personnel infirmier. Trois entretiens médicaux ont eu lieu les 21 septembre 2012, 26 septembre 2012 et 1^{er} octobre 2012. Un traitement médicamenteux a été prescrit.

Y._____ a été hospitalisé tout d'abord dans un cadre dit « étage », où il devait demander au personnel l'autorisation de sortir de l'étage.

Les soignants, Y._____ et sa mère se sont entretenus le 25 septembre 2012. Notant une diminution des idées suicidaires, les soignants ont décidé de mettre en place un projet de post-hospitalisation consistant en un suivi ambulatoire à la consultation de Chauderon, avec une première consultation prévue le 4 octobre suivant.

Le 26 septembre 2012, Y._____ a exprimé une envie de violence physique envers sa mère et sa sœur. Le traitement médicamenteux a été augmenté le lendemain. Le 27 septembre 2012, le patient a dit qu'il allait bien. Dès le 28 septembre 2012, il a été placé dans un cadre dit « hôpital », où il pouvait se déplacer librement dans l'enceinte de l'établissement. Le 28 septembre 2012, le patient présentait un discours désorganisé, était très angoissé, mais semblait aller mieux plus tard. Le 29 septembre 2012, le patient a dit qu'il n'était pas triste, mais que c'était dur de se lever. Le 30 septembre 2012, le patient ne répondait pas aux questions qui le concernaient personnellement, mais restait accessible à l'humour, tout en gardant une certaine méfiance.

Au cours de l'entretien médical du 1^{er} octobre 2012, Y._____ a dit qu'il avait pris du recul par rapport aux propos de violence exprimés au début de son hospitalisation. Il s'est montré calme et discret durant la journée, sans agitation ou anxiété. Il a été décidé de prolonger son hospitalisation afin de bénéficier d'un temps d'observation. Le même jour, Y._____ a pris son traitement entre 18h et 19h, puis a dit à l'infirmière [...] qu'il descendait fumer une cigarette à l'extérieur. Il s'est alors enfui de l'hôpital et a mis fin à ses jours en se jetant sous un train à Yverdon-les-Bains. Il avait laissé dans sa chambre des écrits funestes.

c) Une autopsie médico-légale a été effectuée par le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML). Dans un rapport du 10 octobre 2012, les Drs [...] et [...] ont conclu que le décès de Y._____ était consécutif aux lésions traumatiques subies, que de telles lésions étaient habituellement observées lors d'un heurt par un train et qu'aucun élément en faveur d'une autre cause de décès n'avait été mis en évidence.

d) Le 25 janvier 2013, X._____ a déposé plainte pénale pour homicide par négligence. Une instruction a été ouverte par le Ministère public central, Division affaires spéciales.

e) La mise en œuvre d'une expertise a été confiée au Prof. Christoph Lauber, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 21 juin 2016.

L'expert a exposé que les diagnostics posés lors de l'admission au CPNV, puis au cours du séjour, étaient corrects. Le patient était très discret, compliant, calme, retiré dans sa chambre et peu visible dans le service. Il avait un contact limité avec l'équipe et les autres patients et dormait beaucoup jusque tard dans la journée. Il présentait une perplexité, une importante désorientation et désorganisation du discours, ainsi que des troubles de concentration et de compréhension. L'endroit de la prise en charge du patient et le traitement médicamenteux prescrit avaient été parfaitement respectés, étant précisé que les entretiens médicaux avaient eu lieu à intervalles réguliers et que le patient n'aurait de toute manière pas supporté des entretiens plus fréquents, au vu de sa maladie.

L'expert a en outre indiqué que le risque suicidaire avait été correctement évalué le 18 septembre 2012, étant souligné que le document « Aide à l'évaluation clinique des risques suicidaires » n'était qu'une aide pour le médecin et que les consignes pour l'utiliser n'étaient qu'assez vagues et peu contraignantes. Il n'existait pas d'autre évaluation du risque suicidaire après le 25 septembre 2012, date à laquelle une diminution des idées suicidaires avait été observée, de sorte que l'on pouvait en déduire que les idées suicidaires n'étaient pas un sujet sur lequel les médecins et infirmières avaient jugé nécessaire de se prononcer dans leurs notes respectives. L'élargissement de l'hospitalisation au cadre « hôpital » et la sortie prévue au 4 octobre 2012 indiquaient que l'équipe en charge n'était pas inquiète quant à un danger imminent de suicide. La réponse à la question de savoir si une évaluation continue du risque suicidaire aurait pu empêcher le suicide de l'intéressé était très spéculative, dès lors qu'aucune étude montrait qu'une telle évaluation pouvait éviter les suicides. Les mesures mises en place pour pallier au passage à l'acte et les cadres sous lesquels le patient avait été placé avaient été suffisants et adéquats tout au long du séjour, compte tenu de

son état de santé, de son passé, des symptômes constatés et du diagnostic posé.

f) Le 10 octobre 2016, X._____ a relevé que l'expert s'étonnait, à raison, de l'absence de traces écrites par rapport aux idées suicidaires de son fils à partir du 26 septembre 2012, jour où il avait exprimé des envies de violence contre elle et sa sœur. Elle a demandé que l'expert complète son expertise, notamment sur l'absence de réévaluation du risque suicidaire de son fils au cours de son hospitalisation, selon les directives applicables.

Le 17 octobre 2016, le Ministère public a répondu que l'expert s'était déjà prononcé de manière détaillée sur les points évoqués, en particulier sur l'absence de réévaluation du risque suicidaire après le 25 septembre 2012, ainsi que sur l'adéquation du suivi médical et des mesures mises en œuvre pour pallier la réalisation de ce risque. Les conditions pour ordonner un complément d'expertise n'étaient donc pas réalisées.

B. Par ordonnance du 9 décembre 2016, le Ministère public a ordonné le classement de la procédure pénale instruite à la suite du décès de Y._____ (I), a fixé l'indemnité de Me Razi Abderrahim, conseil juridique de X._____, à 6'463 fr. 80, TVA et débours compris (II), a ordonné la restitution au CHUV des dossiers médicaux versés sous fiche de pièce à conviction n° 490, dès la décision définitive et exécutoire (III), et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (IV).

C. Par acte du 22 décembre 2016, X._____ a recouru contre cette ordonnance, en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de son chiffre I en ce sens que la cause soit renvoyée au Ministère public pour complément d'instruction, notamment l'audition de l'expert Christoph Lauber, et à l'annulation de son chiffre II en ce sens que l'indemnité de son conseil juridique gratuit soit fixée à 12'737 fr. 40, TVA et débours compris.

En droit :

1. Une ordonnance de classement rendue par le ministère public peut être attaquée par la voie du recours (art. 393 al. 1 let. a CPP [Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0]) auprès de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 396 al. 1 CPP, 13 LVCPP [loi d'introduction du code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; RSV 312.01] et 80 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 septembre 1979 ; RSV 173.01]). Le recours doit être envoyé par écrit, dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP).

Interjeté dans le délai légal par X. _____ qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), le recours est recevable, sous réserve de ce qui sera exposé ci-dessous (cf. consid. 5 infra).

2. Aux termes de l'art. 319 al. 1 CPP, le ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure notamment lorsqu'aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a), à savoir lorsque les soupçons initiaux qui ont conduit le ministère public à ouvrir une instruction n'ont pas été confirmés (Grädel/Heiniger, Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, Jugendstrafprozessordnung, 2^e éd., Bâle 2014, n. 8 ad art. 319 CPP), ou lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (let. b), à savoir lorsque le comportement incriminé, quand bien même il serait établi, ne réalise les éléments constitutifs objectifs et subjectifs d'aucune infraction pénale (Grädel/Heiniger, op. cit., n. 9 ad art. 319 CPP).

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 lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables (TF 6B_797/2013 du 27 mars 2014 consid. 2.1). 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. 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). Lorsque les probabilités d'un acquittement et d'une condamnation apparaissent équivalentes et pour autant qu'une ordonnance pénale n'entre pas en considération, le ministère public est en principe tenu de mettre le prévenu en accusation, ce d'autant plus lorsque les infractions sont graves (TF 6B_797/2013 précité, consid. 2.1 ; ATF 138 IV 86 précité, consid. 4.1.2).

3.

3.1 La recourante reproche au Ministère public de ne pas avoir demandé un complément d'expertise, subsidiairement une audition de l'expert, afin que celui-ci puisse se déterminer sur la réserve émise dans son rapport, à savoir l'absence de réévaluation du risque suicidaire de son fils pendant son hospitalisation – plus particulièrement à partir du 26 septembre 2012, lorsqu'il avait exprimé des envies de violence envers sa mère et sa sœur –, qui serait contraire aux directives données au personnel médical, notamment par l'entremise du formulaire « Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires ». Elle soutient que cette lacune serait d'autant plus inquiétante que l'expert a confirmé que le patient présentait beaucoup de facteurs de risque de suicide. Elle conclut que cette sous-estimation du risque suicidaire serait manifestement fautive.

3.2

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

infraction suppose la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3 ; TF 6B_512/2010 du 26 octobre 2010 consid. 2.1).

L'art. 12 al. 3 CP prévoit qu'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. Ainsi, deux conditions doivent être remplies pour qu'il y ait négligence. En premier lieu, il faut que l'auteur ait violé les règles de la prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale, qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1). 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. Dans les domaines d'activités régis par des dispositions légales, administratives ou associatives reconnues, destinées à assurer la sécurité et à éviter des accidents, le devoir de prudence comprend en particulier le respect de ces dispositions (ATF 122 IV 133 consid. 2a ; TF 6B_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B_748/2010 et 6B_753/2010 du 23 décembre 2010 consid. 4.1). En second lieu, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (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 et d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité civile 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. Cette notion ne doit toutefois 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 ses devoirs 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 pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 130 IV 7, JdT 2004 I 497 consid. 3.3 et les réf. citées).

3.2.2 Selon l'art. 189 CPP, d'office ou à la demande d'une partie, la direction de la procédure fait compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert : (a) lorsque l'expertise est incomplète ou peu claire, (b) lorsque plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions ou (c) lorsque l'exactitude de l'expertise est mise en doute.

3.3 En l'espèce, le rapport du 21 juin 2016 de l'expert Lauber contient un rappel des faits, l'anamnèse complète du patient, la mention des hospitalisations de mai 2008 à juillet 2012 et de l'hospitalisation du

18 septembre au 1^{er} octobre 2012, des réflexions théorétiques sur la schizophrénie en lien avec le risque suicidaire, un exposé sur l'aspect pratique de la prise en charge de patients suicidaires et les réponses aux questions posées. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise est détaillée, parfaitement claire et exempte de contradictions, de sorte qu'il n'existe aucune raison de la mettre en doute. En outre, il ne se justifie pas de mettre en œuvre un complément d'expertise ou d'auditionner l'expert, au motif que celui-ci a relevé que le risque suicidaire n'avait pas été formellement réexaminé après le 26 septembre 2012, puisqu'il a conclu que le risque suicidaire avait été correctement évalué, que le document « Aide à l'évaluation clinique des risques suicidaires » n'était qu'une aide pour le médecin et que les consignes pour l'utiliser n'étaient qu'assez vagues et peu contraignantes. C'est donc à raison que le Procureur a rejeté les requêtes de la recourante en ce sens.

L'expert consacre une partie de son rapport à expliquer que la maladie de schizophrénie est un facteur de risque pour le suicide et que la capacité à détecter les personnes à haut risque est très faible. Il relève que Y. _____ présentait beaucoup de facteurs de risque de suicide, mais que ces facteurs n'aident pas à bien distinguer les patients qui se suicident de ceux qui ne se suicident pas, et qu'il ne sert à rien de croire que le suicide de l'intéressé aurait pu être évité si on avait seulement prêté attention à tel ou tel facteur de risque. En revanche, l'expert indique qu'il est bien connu que les suicides de patients hospitalisés pour une schizophrénie peuvent survenir sans préavis « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

Dans le cas particulier, l'expert a conclu que le traitement avait été conforme aux règles de l'art et adapté à la personnalité du patient et que le risque de suicide avait été correctement évalué au début de l'hospitalisation. Comme le mentionne la recourante, il est vrai que l'expert a relevé qu'il n'y avait pas de traces écrites de l'évaluation du risque suicidaire après le 26 septembre 2012, soit le jour où le patient avait exprimé des envies de violence physique envers sa mère et sa sœur. La recourante omet toutefois de préciser que l'expert en a alors déduit

que les idées suicidaires n'étaient pas un sujet sur lequel les médecins et infirmières avaient jugé nécessaire de se prononcer dans leurs notes respectives et que l'élargissement au cadre « hôpital » le 28 septembre 2012 et la sortie prévue au 4 octobre 2012 signifiaient que l'équipe en charge n'était pas inquiète quant à un danger imminent de suicide. L'expert insiste surtout sur le fait qu'il n'existe aucune étude démontrant qu'une évaluation continue du risque de suicide permet d'éviter les suicides. De plus, au cours des jours qui ont suivi le 26 septembre 2012, on sait que le patient a dit qu'il allait bien et qu'il n'était pas triste, qu'il restait accessible à l'humour, tout en gardant une certaine méfiance, et qu'il a même affirmé, le jour de sa décision funeste, qu'il avait pris du recul par rapport aux propos de violence exprimés au début de son hospitalisation. En outre, le même jour, il s'était montré calme et discret, sans agitation ou anxiété. L'intéressé a certes présenté un discours désorganisé et était très angoissé le 28 septembre 2012, semblant toutefois aller mieux plus tard. Mais, comme l'expert l'a justement relevé, l'hospitalisation au CPNV ne se déroulait finalement pas différemment des précédentes hospitalisations à Cery, et cela tant du point de vue du comportement du patient que de sa symptomatologie. Ces constatations expliquent aussi pourquoi le dossier ne renferme pas de traces écrites spécifiques à l'évaluation du risque suicidaire après le 26 septembre 2012.

La recourante fait grand cas du fait que le formulaire « Aide à l'évaluation clinique des conduites suicidaires » n'a pas été systématiquement utilisé, à tout le moins pas depuis le 26 septembre 2012. Toutefois, comme exposé ci-dessus, l'expert a expliqué que ce document n'était qu'une aide pour le médecin, que les consignes pour l'utiliser étaient assez vagues et peu contraignantes et qu'il est illusoire de penser que l'intéressé ne se serait pas suicidé si ce document avait été rempli après le 26 septembre 2012. En outre, comme l'a déclaré le Dr [...]: « Le Département exige que l'évaluation au moyen de ce document intervienne formellement dès l'admission du patient. Je précise que j'ai également cette attente de mon personnel (...). En ce qui concerne la suite du séjour du patient (...), nous n'utilisons pas ce formulaire, car les études montrent que des échanges et des discussions avec le patient sont

plus importants que le fait de remplir un formulaire à cocher » (PV aud. 5, lignes 84-103). On ne saurait donc retenir que le personnel de l'hôpital a commis une faute en ne remplissant pas ce formulaire après les propos tenus en date du 26 septembre 2012. De toute manière, à supposer que l'on puisse le leur reprocher, l'expert a clairement expliqué pourquoi on ne pourrait tirer aucun lien de causalité entre cette omission et le décès du patient, vu qu'une évaluation formelle continue du risque de suicide ne confère aucune garantie de prévention de suicide.

A la lumière de ce qui précède, on ne peut que suivre la conclusion de l'expert lorsqu'il constate que les mesures mises en œuvre pour pallier la réalisation du risque suicidaire durant le séjour de Y. _____ au CPNV étaient suffisantes et adéquates. On ne détecte pas non plus de faute dans la prise en charge du patient en ce qui concerne le risque de suicide.

Par conséquent, le classement de la procédure par le Ministère public ne souffre d'aucune critique et doit être confirmé.

4.

4.1 La requérante soutient que le Ministère public aurait dû instruire sur une éventuelle mise en danger de la vie et de la santé d'autrui avec exposition en application de l'art. 127 CP.

4.2 L'art. 127 CP punit celui qui, ayant la garde d'une personne hors d'état de se protéger elle-même ou le devoir de veiller sur elle, l'aura exposée à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, ou l'aura abandonnée en un tel danger. En l'espèce, on ne saurait toutefois reprocher au personnel soignant d'avoir mis Y. _____ dans une situation de danger concret ou de l'avoir abandonné dans un tel danger. Il est établi que le patient a prétendu qu'il allait fumer une cigarette à l'extérieur du bâtiment et qu'il a ensuite fugué à l'insu du personnel soignant. En outre, c'est le lieu de rappeler que l'expert a confirmé qu'aucune faute n'avait été commise en ce qui concerne la prise en charge des risques suicidaires du patient.

5.

5.1 La recourante conteste encore l'indemnité allouée à son conseil d'office, arguant que l'intégralité des frais de défense aurait dû être prise en compte, soit à hauteur de 12'737 fr. 40.

5.2 Aux termes de l'art. 382 al. 1 CPP, toute partie qui a un intérêt juridiquement protégé à l'annulation ou à la modification d'une décision a qualité pour recourir contre celle-ci. Le recourant n'est au bénéfice d'un intérêt juridiquement protégé que s'il est directement atteint, c'est-à-dire lésé, dans ses droits par la décision attaquée (Calame, Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, Bâle 2011, n. 2 ad art. 382 CPP). L'intérêt au recours relève de la recevabilité et non du bien-fondé du recours (CREP 8 novembre 2011/498 ; Calame, op. cit., n. 3 ad art. 382 CPP).

Conformément à l'art.138 CPP, qui renvoie à l'application par analogie de l'art. 135 CPP et notamment à son alinéa 3, la qualité pour recourir contre le montant d'une indemnité d'office appartient au défenseur d'office, respectivement au conseil juridique gratuit. La doctrine reconnaît toutefois un droit de recours au prévenu condamné dans la mesure où il pourra être tenu de rembourser le montant versé par l'Etat (Moreillon/Parein-Reymond, Petit Commentaire du Code de procédure pénale, Bâle 2016, n. 10 ad art. 135 CPP ; Harari/Aliberti, Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, 2011, n. 29 ad art. 135 CPP, p. 579).

5.3 En l'espèce, on ne voit pas quel intérêt peut avoir la recourante à ce que l'indemnité allouée à son conseil juridique soit augmentée de 6'463 fr. 80 à 12'737 fr. 40, puisqu'elle sera tenue de rembourser cette indemnité à l'Etat dès que sa situation financière le permettra (art. 135 al. 4 CPP par renvoi de l'art. 138 al. 1 CPP ; Harari/Corminboeuf, Code de procédure pénale suisse, Commentaire romand, Bâle 2011, n. 11 ad art. 138 CPP). Son recours sur ce point est donc irrecevable (CREP 31 octobre 2016/724).

6. En définitive, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans autre échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance entreprise confirmée.

X._____ bénéficie de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération des frais de procédure (art. 136 al. 2 let. b CPP) et l'assistance d'un conseil juridique gratuit (art. 136 al. 2 let. c CPP). Les frais de la procédure de recours, par 1'430 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; RSV 312.03.1]), et les frais imputables à l'assistance gratuite (art. 422 al. 1 et 2 let. a CPP), fixés à 777 fr. 60 (soit 720 fr., plus la TVA par 57 fr. 60), ne peuvent ainsi être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP), mais doivent être provisoirement laissés à la charge de l'Etat (Harari/Corminboeuf, op. cit., n. 51 ad art. 136 CPP).

La recourante sera toutefois tenue de rembourser ces frais à l'Etat dès que sa situation financière le permettra.

Par ces motifs,

la Chambre des recours pénale

prononce :

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** L'ordonnance du 9 décembre 2016 est confirmée.
- III.** L'indemnité allouée au conseil juridique gratuit de X._____ est fixée à 777 fr. 60 (sept cent septante-sept francs et soixante centimes).
- IV.** Les frais d'arrêt, par 1'430 fr. (mille quatre cent trente francs), ainsi que l'indemnité allouée au conseil juridique gratuit de X._____, par 777 fr. 60 (sept cent septante-sept francs et soixante centimes), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- V.** X._____ est tenue de rembourser à l'Etat l'indemnité allouée à son conseil juridique, par 777 fr. 60 (sept cent septante-sept francs et soixante centimes), ainsi que les frais d'arrêt, par

1'430 fr. (mille quatre cent trente francs), dès que sa situation financière le permettra.

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 Razi Abderrahim, avocat (pour X. _____),

et communiqué à :

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

- CHUV, Direction des affaires juridiques,

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 :