

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 24 novembre 2017

Composition : M. MAILLARD, président
MM. Meylan et Krieger, juges
Greffier : M. Addor

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

Statuant sur le recours interjeté le 24 juillet 2017 par **A.F.**_____ et **B.F.**_____ contre l'ordonnance de classement rendue le 13 juillet 2017 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE13.005271-HRP**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. **a)** C.F._____, né en 1970, a été hospitalisé sur un mode volontaire à l'Hôpital psychiatrique de B._____ du 13 février au 27 avril 2012 en raison d'un premier épisode dépressif. Par la suite, son état psychique s'est amélioré et il a traversé une période marquée par des

symptômes d'euphorie et de désinhibition. Son état psychique s'étant détérioré au mois d'octobre 2012, il a séjourné le plus souvent chez ses parents.

Le 26 décembre 2012, C.F._____ s'est rendu dans le garage situé au sous-sol du logement de ses parents. Ne le voyant pas remonter, son amie et son père sont descendus et l'ont trouvé enfermé dans le garage, où il venait de se sectionner les veines des deux bras. Il a été conduit à l'Hôpital de Nyon pour être soigné en urgence. Il a ensuite été hospitalisé à l'Hôpital de B._____ en raison d'un risque hétéro-agressif jugé important.

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

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

b) Le 14 mars 2013, les parents de C.F._____, B.F._____ et A.F._____, ont déposé plainte pénale et se sont constitués parties civiles (P. 4). Ils reprochent en substance à l'Hôpital de B._____ de ne pas avoir exercé une surveillance suffisamment étroite sur leur fils dans les heures qui ont précédé son suicide.

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

d) Le 29 novembre 2013, le Ministère public a ordonné la mise en œuvre d'une expertise visant notamment à déterminer si la prise en charge de C.F._____ par l'Hôpital de B._____ avait été adéquate au regard des règles de l'art et des mesures de surveillance qui avaient été prises.

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

S'agissant de l'évaluation, l'expert indique que, lors de son arrivée à l'Hôpital de B._____, C.F._____ a été examiné sans tarder par le médecin de garde, qui a procédé à une observation complète de l'état du patient et a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, tout en évoquant la possibilité d'un diagnostic différentiel de trouble bipolaire. C.F._____ a été régulièrement observé par l'équipe infirmière durant la soirée et la nuit, puis le lendemain matin. L'équipe infirmière n'a cependant pas eu d'entretien direct avec le patient et n'a pas évalué le risque suicidaire. Le médecin assistant en charge de

C.F._____, la Dresse R._____, ne l'a pas non plus examiné le matin du 27 décembre 2012, étant occupée par d'autres patients.

Au chapitre de la surveillance, l'expert relève que l'état de C.F._____ n'a pas été réévalué durant la matinée du 27 décembre 2012 et restait ainsi sous le régime « étage strict ». Comme les portes du pavillon étaient ouvertes à partir de 7h30 ou 8h00, la limitation des mouvements de C.F._____ et sa surveillance étaient « purement théoriques » le matin du 27 décembre 2012. En effet, cette surveillance n'était pas limitée matériellement et aucune prescription n'avait été émise à ce sujet.

En conclusion, l'expert estime que C.F._____ a été correctement évalué lors de son admission et que la surveillance dont il a été l'objet jusqu'au lendemain matin a été correctement prescrite et bien mise en œuvre. Tel n'était toutefois plus le cas à partir du 27 décembre 2012 au matin. Le fait que le patient n'ait pas pu être examiné à ce moment-là par un médecin de l'unité, alors qu'il existait un risque suicidaire, était discutable. L'indisponibilité du médecin, justifiée par la nécessité de prendre en charge des patients plus gravement atteints, constituait une justification compréhensible. Toutefois, en l'absence d'une nouvelle évaluation médicale, toutes les précautions auraient dû être prises pour éviter un nouveau passage à l'acte du patient. Ces précautions consistaient soit en une limitation objective des possibilités de mouvement du patient dans l'unité, soit par la mise en œuvre d'un protocole de surveillance précis. Ces deux moyens faisaient défaut à l'Hôpital de B._____. Il n'y avait pas de porte permettant de fermer les étages en cas de nécessité ni de moyens en personnel suffisants pour mettre en œuvre un protocole de surveillance efficace.

L'expert confirme par ailleurs, en se référant à l'opinion exprimée par le Dr T._____ (cf. PV aud. 4 et P. 46), le bien-fondé de la théorie selon laquelle le meilleur moyen d'éviter un passage à l'acte suicidaire des patients hospitalisés serait d'établir un lien thérapeutique fort. Cela suppose toutefois que les soignants disposent du temps

nécessaire pour établir une telle relation et qu'ils ne soient pas confrontés à une pathologie qui la met en échec. L'expert précise que la mise en place d'une relation thérapeutique qui soit à même d'amener le patient à renoncer à un passage à l'acte suicidaire nécessite plusieurs entretiens avec un seul soignant disposant de solides compétences relationnelles et thérapeutiques. Or le temps a manqué pour que ce plan de prise en charge puisse être mis en place. Ainsi, selon l'expert, la prise en charge par l'Hôpital de B._____, consistant uniquement en une approche relationnelle sans autres mesures de surveillance, matérielle ou humaine, ne peut pas être considéré comme conforme aux règles en vigueur (P. 25/2, p. 19).

f) Par arrêt du 17 juillet 2017, la Chambre des recours pénale, statuant sur recours des parties plaignantes, a constaté un retard injustifié dans l'instruction de la présente cause.

B. Par ordonnance du 13 juillet 2017, le Ministère public central, division affaires spéciales, à qui l'affaire avait été confiée le 18 mars 2014, a ordonné le classement de la procédure pénale instruite ensuite du décès de C.F._____(I), a levé les séquestres portant sur le dossier médical de C.F.____ de l'Hôpital de B._____ ainsi que sur celui de l'Hôpital de [...] et en a ordonné la restitution à ces établissements, dès l'ordonnance définitive et exécutoire (II), et a laissé les frais à la charge de l'Etat (III).

A l'appui de cette ordonnance, la procureure, se fondant sur les conclusions de l'expertise, a retenu que le diagnostic posé lors de l'admission de C.F._____ à l'Hôpital de B._____ était correct, même si un doute pouvait subsister quant à l'existence d'un trouble bipolaire. Il en allait de même de l'évaluation du risque suicidaire et des mesures de surveillance prises au moment de l'admission du patient. Le Ministère public s'est en revanche écarté des conclusions de l'expertise s'agissant du dispositif de surveillance mis en place le lendemain de l'admission, considérant que les mesures prises à ce moment-là étaient suffisantes. Il a relevé en substance le caractère exceptionnel de l'enfermement dans une chambre de soins, dont l'usage était réservé aux patients présentant un

risque auto ou hétéro-agressif, en décompensation psychotique ou maniaques, conditions qui n'étaient pas réunies dans le cas de C.F._____. De plus, une visite du médecin était prévue dans la matinée du 27 décembre 2012. L'infirmière H._____, qui avait eu des contacts avec C.F._____ le matin du 27 décembre 2012, se souvenait que le patient allait beaucoup mieux que la veille et qu'il formait des projets d'avenir. Par ailleurs, une surveillance visuelle permanente des patients était une vision de la psychiatrie abandonnée depuis de nombreuses années. Vécue comme une agression par certains patients, elle n'était mise en œuvre qu'en présence d'un risque élevé et imminent, condition qui n'était pas non plus réalisée dans le cas de C.F._____. Au surplus, à l'Hôpital de B._____, l'approche relationnelle (nouer un lien thérapeutique) était accompagnée de mesures telles que l'administration de médicaments et le suivi ordinaire du personnel infirmier. De ce qui précède, le Ministère public a déduit une absence de violation du devoir de diligence par le personnel médical et infirmier. Il a par ailleurs considéré, en s'appuyant sur un arrêt de la Cour d'appel pénale du 8 août 2016 (n° 227), que, même si une violation du devoir de diligence était retenue, des mesures de surveillance plus strictes auraient diminué le risque de passage à l'acte, sans toutefois le supprimer complètement.

C. Par acte du 24 juillet 2017, B.F._____ et A.F._____ ont interjeté recours devant la Chambre des recours pénale contre cette ordonnance en concluant, avec suite de frais et de dépens, à son annulation, le dossier étant renvoyé au Ministère public central pour qu'il procède à un complément d'enquête.

Le 13 octobre 2017, dans le délai imparti en application de l'art. 390 al. 2 CPP, le Ministère public central a déposé des déterminations au terme desquelles il a conclu au rejet du recours.

En droit :

1. Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007; RS 312.0). Ce recours s'exerce auprès de l'autorité de recours (cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCPP [Loi d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009; RSV 312.01]; art. 80 LOJV [Loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]). Le recours doit être adressé par écrit, dans un délai de dix jours, à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant l'autorité compétente, par les partie plaignantes qui ont qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP). Satisfaisant en outre aux conditions de forme prescrites (art. 385 al. 1 CPP), le recours est ainsi recevable.

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

De manière générale, les motifs de classement sont ceux « qui déboucheraient à coup sûr ou du moins très probablement sur un acquittement ou une décision similaire de l'autorité de jugement » (Message du Conseil fédéral relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 pp.1057 ss, spéc. 1255). Un classement s'impose donc lorsqu'une condamnation paraît exclue avec une vraisemblance confinant à la certitude. La possibilité de classer la procédure ne saurait toutefois être limitée à ce seul cas, car une

interprétation aussi restrictive imposerait un renvoi en jugement, même en présence d'une très faible probabilité de condamnation (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1; TF 1B_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1). Le principe *in dubio pro durore* exige donc simplement qu'en cas de doute, la procédure se poursuive. Pratiquement, une mise en accusation s'impose lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement. En effet, en cas de doute, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.1; ATF 138 IV 186 consid. 4.1; ATF 137 IV 219 consid. 7; TF 1B_272/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1.1).

Enfin, le constat selon lequel aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (art. 319 al. 1 let. a CPP) suppose que le Ministère public ait préalablement procédé à toutes les mesures d'instruction pertinentes susceptibles d'établir l'existence de soupçons suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 10 mai 2016/305 et les références citées).

3.

3.1 Les recourants, se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise, soutiennent qu'une violation du devoir de diligence devrait être retenue à la charge du personnel soignant et de l'Hôpital de B._____, dès lors que les mesures de surveillance nécessaires à la prise en charge de C.F._____ n'avaient pas été mises en oeuvre. En ce qui concerne le lien de causalité, les recourants réfutent l'opinion du Ministère public selon laquelle il n'était pas possible d'affirmer que des mesures de surveillance plus strictes auraient permis de prévenir un suicide. Ils soutiennent également que la responsabilité pénale de l'Hôpital de B._____ en tant que tel pourrait être engagée en se référant - de manière erronée - à l'art. 100quater CP, qui n'existe plus, au lieu de l'art. 102 CP, qui constitue la disposition topique en la matière.

3.2 L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de cette infraction suppose ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une

personne, une négligence et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la mort. Si l'une de ces trois conditions fait défaut, le délit n'est pas réalisé (TF 6B_275/2015 du 22 juin 2016 consid. 3).

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

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

Selon la jurisprudence, un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte, ou dû tenir compte, de la mise en danger d'autrui qu'il provoquait et qu'il dépassait simultanément les limites du risque admissible (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1, SJ 2011 I p. 86 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1, JdT 2010 IV 43 ; ATF 133 IV 158 consid. 5.1). Pour déterminer les devoirs imposés par la prudence, on peut se référer à des normes édictées par l'ordre juridique pour assurer la sécurité et éviter des accidents. A défaut de dispositions légales ou réglementaires, on peut se référer à des règles analogues qui émanent d'associations privées ou semi-publiques lorsqu'elles sont généralement reconnues. La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 133 IV 158 consid. 5.1 ; ATF 129 IV 119 consid. 2.1 ; TF 6B_934/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.1). En fin de compte, la prudence à laquelle l'auteur est tenu se détermine en fonction des circonstances concrètes et de sa situation personnelle, étant donné que, par la nature

des choses, il est impossible que tout soit régi par des prescriptions (ATF 135 IV 56 précité et les références citées).

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

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

La prévisibilité d'un acte ne suffit pas pour que le résultat puisse être imputé au comportement imprudent de l'auteur. Il faut encore regarder si le résultat aurait pu être évité. Dans ce contexte, on analyse un déroulement causal hypothétique et on examine si, dans l'hypothèse où l'auteur aurait agi conformément à son devoir de diligence, le résultat ne se serait pas produit. Pour que le résultat soit imputé à l'auteur, il suffit que le comportement de ce dernier ait, selon toute vraisemblance, été la cause du résultat (ATF 135 IV 56 précité et les références citées).

3.3 En l'espèce, il ressort de l'expertise qu'il n'y a pas eu d'erreur de diagnostic lors de l'admission de C.F. _____ à l'Hôpital de B. _____. L'expert relève en effet que le médecin de garde n'avait pas eu suffisamment de temps pour résoudre définitivement la question du diagnostic différentiel et envisager à ce moment-là un éventuel trouble bipolaire. Il ajoute que l'état suicidaire du patient a été évalué de manière adéquate lors de son admission et que la surveillance dont C.F. _____ a fait l'objet jusqu'au matin du 27 décembre 2012 a été correctement prescrite et bien mise en œuvre. Il s'ensuit que, sur ces points, aucune violation du devoir de diligence ne peut être reproché au personnel médical et infirmier de l'hôpital.

En revanche, l'expert considère que dès l'ouverture des portes de l'hôpital, soit dès le 27 décembre 2012 vers 7h30 ou 8 heures, la prise en charge du patient n'a pas été effectuée conformément aux règles en vigueur. De son point de vue, une limitation réelle des déplacements de C.F. _____ à l'Unité de soins aurait dû être réalisée ou un protocole de surveillance comportant la fréquence et la nature des contacts de l'équipe de soins avec le patient aurait dû être mis en œuvre. Ces mesures auraient dû être prescrites dès le matin du 27 décembre 2012 par le médecin en charge du patient, sous la supervision du médecin-cadre (P. 25/2, p. 20).

Il ne découle pas de ce qui précède que le personnel médical et infirmier encourt une responsabilité pénale. En effet, la Dresse

R._____ a indiqué qu'elle n'a pas vu C.F._____ lorsqu'elle a pris son service le matin du 27 décembre 2012, parce qu'elle devait s'occuper en priorité d'autres patients, dont elle estimait le cas plus urgent, et qu'elle avait été accaparée par une autre entrée. Elle avait prévu de voir le patient dans le courant de la matinée et avoir été informée par l'équipe infirmière que celui-ci était avec son amie et qu'il allait « plutôt bien ». Or, si l'expert juge discutable le fait que le patient n'ait pas pu être vu le lendemain de son admission par un médecin de l'unité, alors qu'il existait un risque suicidaire, il estime néanmoins que la nécessité de prendre en charge des patients plus gravement atteints constituait une justification compréhensible à l'indisponibilité du médecin. Ainsi, et dans la mesure où la fermeture de l'étage ou de l'unité de soins n'était matériellement pas possible durant la journée et qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel pour mettre en place le mode de surveillance préconisé par l'expert, aucune violation du devoir de diligence ne peut être reprochée à la Dresse R._____. Ces considérations sont également valables pour l'infirmière H._____, laquelle, au demeurant, n'était pas habilitée à prendre les mesures préconisées par l'expert (P. 25/2, p. 20 in fine).

Compte tenu de ce qui précède, le classement ordonné par le Ministère public est bien fondé sur ces points.

C'est en revanche à tort que le Ministère public s'est écarté des conclusions de l'expert pour exclure toute responsabilité pénale lors de la prise en charge de C.F._____ par l'Hôpital de B._____. Pour ce faire, il s'est appuyé notamment sur les déclarations de la Dresse R._____, de l'infirmière H._____ et du Dr T._____, médecin-adjoint à l'Hôpital de B._____ (cf. PV aud. 4 et P. 46). Or, toutes ces personnes travaillaient ou travaillent encore au service de cet hôpital. C'est dire que leurs déclarations ne sont pas empreintes de l'objectivité et de l'autorité que l'on peut reconnaître à l'avis exprimé par l'expert. Au surplus, le Ministère public estime que l'assertion de l'expert, selon laquelle « la présence d'éléments bipolaires, à composante psychotique, a pu contribuer à l'échec thérapeutique » (P. 25/2, p. 19), est en contradiction avec la déposition du Dr T._____, qui a indiqué qu'il n'y avait aucun

élément psychotique dans le dossier de C.F._____ (PV aud. 4, l. 244). Cette contradiction apparente n'est toutefois pas pertinente, dans la mesure où l'expert n'a pas conclu à une erreur de diagnostic. D'autre part, il n'a pas préconisé que le patient, en raison de troubles psychotiques, aurait dû être placé en chambre de soins fermée ni qu'il aurait dû être transféré dans un autre établissement.

En ce qui concerne le lien de causalité, on peut admettre qu'une surveillance de C.F._____ au quart d'heure - mesure qui n'est d'ailleurs pas préconisée par l'expert - n'aurait pas permis d'empêcher le suicide d'une personne déterminée avec une vraisemblance confinante à la certitude (cf. CAPE 8 août 2016/22, consid. 7.4). En revanche, la fermeture de l'étage aurait été de nature à empêcher C.F._____ de quitter l'hôpital, ce qui aurait permis de prévenir l'issue fatale. L'existence d'un lien de causalité entre la violation du devoir de diligence relevé par l'expert et le décès du fils des recourants ne peut donc pas être exclue.

3.4 Cela étant, il importe de déterminer si l'absence d'étages ou d'unités de soins qui puissent être fermés à clé est propre à l'Hôpital de B._____. Il appartiendra en conséquence au Ministère public de compléter son enquête en interpellant la direction du CHUV sur la question de savoir si le système d'étages ou des unités de soins qui peuvent être fermés à clé durant la journée existe dans les autres établissements psychiatriques, publics ou privés du canton de Vaud et, dans l'affirmative, s'il est effectivement utilisé. S'il s'avère que ce système n'existe pas ailleurs ou qu'il n'est pas utilisé parce que la doctrine médicale ne le prescrit pas, aucune violation du devoir de diligence ne pourra être reprochée à l'Hôpital de B._____. En revanche, s'il apparaît que ce système existe dans d'autres établissements et qu'il est utilisé, la responsabilité pénale de l'Hôpital de B._____ pourrait être engagée. Il s'agira alors d'identifier, au sein de la direction de l'Hôpital de B._____, le ou les auteurs d'un tel manquement,

A cet égard, il paraît prématuré de faire application, comme le demandent les recourants, de l'art. 102 al. 1 CP, aux termes duquel un

crime ou un délit qui est commis au sein d'une entreprise dans l'exercice d'activités commerciales conformes à ses buts est imputé à l'entreprise s'il ne peut être imputé à aucune personne physique déterminée en raison du manque d'organisation de l'entreprise. En effet, il est tout d'abord trop tôt pour affirmer à ce stade qu'il est impossible d'identifier la personne physique qui pourrait être l'auteur éventuel d'une infraction - impossibilité qui serait due à l'organisation de l'entreprise - étant précisé que la responsabilité de l'entreprise est subsidiaire et que le reproche qui lui est adressé n'est pas la commission d'une infraction, mais le fait d'avoir une organisation qui ne permet pas de découvrir l'auteur physique d'une infraction (ATF 142 IV 333 consid. 4.1, JdT 2017 IV 187). En outre, l'Hôpital de B._____, qui fait partie du Département de psychiatrie du CHUV, lequel est lui-même rattaché au Département de la santé, dont il constitue l'un des services (art. 2 al. 1 LHC [Loi sur les Hospices cantonaux ; RSV 810.11]), ne paraît pas pouvoir être assimilé à une personne morale de droit public au sens de l'art. 102 al. 4 let. b CP.

4. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et l'ordonnance attaquée annulée. Le dossier sera renvoyé au Ministère public central pour qu'il procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants qui précèdent (cf. consid. 3.4 ci-dessus), puis rende une nouvelle décision.

Les frais de la procédure de recours, constitués de l'émolument d'arrêt (art. 422 al. 1 CPP), par 1'540 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010; RSV 312.03.1]), seront laissés à la charge de l'Etat (art. 423 al. 1 CPP).

Les recourants, qui ont procédé avec l'assistance d'un avocat de choix, ont droit à une juste indemnité pour les dépenses occasionnées par la procédure (art. 436 al. 3 CPP). Au vu du mémoire produit, cette indemnité sera fixée à 1'200 fr. (4 heures à 300 fr.), plus un montant correspondant à la TVA - étant rappelé que si les indemnités au sens des art. 429 ss CPP ne sont pas soumises à la TVA (art. 18 al. 2 let. i LTVA [loi

fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée ; RS 641.20]), il convient de tenir compte du fait que les honoraires payés par la partie à son avocat sont quant à eux soumis à la TVA (CREP 19 mars 2015/91 consid. 3.1.2) -, par 96 fr., soit au total 1'296 francs.

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 13 juillet 2017 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 1'540 fr. (mille cinq cent quarante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité allouée à B.F._____ et A.F._____, solidairement entre eux, pour les dépenses occasionnées par la procédure de recours est fixée à 1'296 fr. (mille deux cent nonante-six francs), 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 Flore Primault, avocate (pour B.F._____ et A.F._____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :