

**CHAMBRE DES RECOURS PENALE**

---

---

Arrêt du 30 septembre 2019

---

Composition : M. MEYLAN, président  
M. Krieger et Mme Byrde, juges  
Greffière : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

**Art. 117 CP et 319 al. 1 CPP**

Statuant sur le recours interjeté le 11 mars 2019 par **C.X.**\_\_\_\_\_, **D.X.**\_\_\_\_\_, **E.X.**\_\_\_\_\_ et **F.X.**\_\_\_\_\_ contre l'ordonnance de classement rendue le 28 février 2019 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE15.000002-BUF**, la Chambre des recours pénale considère :

**En fait :**

**A.**           **a)** Par décision du 13 janvier 2014, la Justice de paix du district de Lavaux-Oron a notamment institué une curatelle de portée générale au sens de l'art. 398 CC en faveur de B.X.\_\_\_\_\_, née le [...] 1990 (II), a privé celle-ci de l'exercice des droits civils (III) et a ordonné son placement

à des fins d'assistance (ci-après : PLAFA) pour une durée indéterminée à [...] ou dans tout autre établissement approprié (VIII).

Le 17 juillet 2014, B.X.\_\_\_\_\_ s'est présentée à la Fondation K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ ou la Fondation K.\_\_\_\_\_), en compagnie d'un collaborateur de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles. La jeune femme présentait un état d'incurie très inquiétant, avec consommation de drogues multiples, en particulier de cocaïne et d'héroïne. Elle vivait alors dans des conditions très précaires, en colocation avec d'autres toxicomanes. Peu après son arrivée dans l'Unité [...], B.X.\_\_\_\_\_ commencé à se montrer extrêmement agitée et oppositionnelle, de sorte qu'un PLAFA d'urgence a été décidé. Le diagnostic suivant a été posé : personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples (F19.2) et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). B.X.\_\_\_\_\_ a séjourné à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ jusqu'au 13 octobre 2014, date à laquelle elle a été transférée à la prison de La Tuilière pour l'exécution d'une peine privative de liberté. Durant ce séjour, la jeune femme a fait l'objet d'une évaluation psychique et sociale et a bénéficié de séances d'ergothérapie. Une prise en charge associant une approche psychothérapeutique sous forme de pack et un traitement médicamenteux neuroleptique et antidépresseur ont été proposés. La patiente s'est investie quelques jours dans le traitement avant de présenter à nouveau d'importants troubles du comportement et de mettre en échec l'ensemble de la thérapie.

Le 24 novembre 2014, ayant purgé sa peine, B.X.\_\_\_\_\_ a été reconduite à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ en exécution de la décision judiciaire de PLAFA, « *dans un contexte de dépendance à l'alcool et de drogues multiples, ainsi que d'un trouble de la personnalité borderline* ». Le même diagnostic que celui du mois de juillet 2014 paraît avoir été retenu. Lors de ce second séjour, les entretiens médico-infirmiers se sont poursuivis en vue d'établir une alliance thérapeutique, laquelle n'a toutefois jamais pu être obtenue. Aucun plan de traitement n'a été établi. La patiente a fugué

à quatre reprises au moins, en dernier lieu le 27 décembre 2014, avec retour le 29 décembre 2014 au matin.

Durant la journée du 31 décembre 2014, B.X.\_\_\_\_\_ est apparue « *peu en lien* », tout en respectant le cadre. L'infirmier L.\_\_\_\_\_ a remarqué que la patiente avait les yeux rouges, de sorte qu'il a envisagé une possible consommation de cannabis. Il n'a toutefois constaté aucun trouble du comportement. Durant le repas du soir, pris en commun avec les patients et les soignants de l'Unité [...], B.X.\_\_\_\_\_ s'est montrée plus ouverte, discutant avec toutes les personnes présentes à table. Souhaitant privilégier la qualité de la relation durant ce moment d'échange et ne suspectant pas la consommation de drogues dures, L.\_\_\_\_\_ et sa collègue M.\_\_\_\_\_ ont renoncé à soumettre la patiente à un test d'urine. La suite de la soirée s'est déroulée paisiblement. B.X.\_\_\_\_\_ est passée prendre sa médication (à l'exception du somnifère Imovane) entre 21h30 et 22h30. Elle s'est ensuite préparée un thé et a fumé une cigarette, avant de regagner sa chambre.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2015, vers 01h30, l'infirmière N.\_\_\_\_\_ a effectué une ronde de contrôle, lors de laquelle elle a constaté que B.X.\_\_\_\_\_ était allongée à plat ventre sur son lit, tout habillée, par-dessus la literie. Son visage était masqué par un sac à main déposé sur le lit, à la hauteur de sa tête. L'infirmière n'a pas allumé la lumière pour ne pas réveiller la patiente et a poursuivi sa tournée. En faisant une nouvelle ronde vers 04h00, N.\_\_\_\_\_ a remarqué que la jeune femme était toujours dans la même position. Elle a alors allumé la lumière et s'est approchée du lit. Lorsqu'elle a retiré le sac à main, elle a vu que B.X.\_\_\_\_\_ avait des vomissures sur le visage. Elle a immédiatement donné l'alarme. A l'arrivée du médecin de garde, la patiente a été déplacée sur le sol et la procédure de réanimation a commencé. Malgré l'intervention rapide du SMUR, la réanimation est restée vaine et le décès de B.X.\_\_\_\_\_ a été constaté à 04h54. Le Dr E.\_\_\_\_\_ était le médecin-responsable au moment de ces faits.

Une instruction pénale a été ouverte le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**b)** Le 16 janvier 2015, C.X.\_\_\_\_\_, D.X.\_\_\_\_\_, E.X.\_\_\_\_\_ et F.X.\_\_\_\_\_, respectivement parents, sœur et frère jumeau de B.X.\_\_\_\_\_, ont déposé plainte pénale contre inconnu et se sont constitués parties civiles, toutefois sans chiffrer le montant de leurs prétentions.

**c)** Dans leur rapport d'autopsie du 1<sup>er</sup> juin 2015, approuvé par le Prof. [...], la Dresse S.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé MER et médecin assistant auprès du Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML), ont diagnostiqué une broncho-aspiration massive du contenu gastrique jusqu'en périphérie des bronches, associée à des signes aigus non spécifiques (œdèmes cérébral et pulmonaire, stase viscérale). Le dosage de l'alcool éthylique montrait un taux inférieur à la limite conventionnelle ( $\leq 0.10$  g/kg). Les analyses toxicologiques ont révélé la présence de méthadone et de plusieurs benzodiazépines dans le sang et l'urine. La concentration de méthadone mesurée dans le sang, soit 280  $\mu\text{g/l}$ , se situait aussi bien dans la fourchette des valeurs thérapeutiques, que dans celle des valeurs toxiques et des valeurs mesurées chez des personnes décédées par suite d'une consommation de méthadone, étant précisé que la méthadone ne faisait pas partie du traitement prescrit à B.X.\_\_\_\_\_. Les médecins légistes ont conclu que le décès était la conséquence d'une broncho-aspiration massive du contenu gastrique chez une personne présentant un état d'imprégnation aiguë à la méthadone et aux benzodiazépines.

Dans un rapport complémentaire du 9 décembre 2015, également signé par le Prof. [...], la Dresse S.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ ont exposé qu'il était impossible d'estimer le moment du décès, de même que d'indiquer avec précision le temps écoulé entre la broncho-aspiration massive du contenu gastrique et le décès. En revanche, il était possible de dire que la broncho-aspiration était survenue très peu de temps (minutes) avant le décès. Après en avoir discuté avec le Dr V.\_\_\_\_\_, toxicologue forensique et responsable de l'Unité de toxicologie et chimie forensiques du CURML, les médecins légistes ont conclu qu'il était impossible d'estimer

la quantité totale exacte de méthadone consommée par B.X.\_\_\_\_\_, de même que le moment exact de la consommation.

Une expertise judiciaire a été mise en œuvre en septembre 2016 en vue de déterminer si la prise en charge de B.X.\_\_\_\_\_ à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ du 31 décembre 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2015 avait été conforme aux règles de l'art. Cette expertise a été confiée au Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Département de psychiatrie forensique de [...]. Le praticien a produit son rapport le 5 décembre 2016 (P. 69), lequel a été traduit le 30 janvier 2017 (P. 71). L'expert a tout d'abord listé ce qui ressortait des dossiers, notamment les rapports des divers médecins, les renseignements obtenus auprès de divers protagonistes et les traitements mis en œuvre au cours des deux périodes d'hospitalisation. Il a ensuite procédé à une évaluation des diagnostics psychiatriques, de la situation au sein de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, des deux séjours de la défunte dans cet hôpital, ainsi que de la médication et des soins prodigués. Il a ensuite exposé ce qui suit :

**« A propos de l'événement du 31.12.2014 et du 1.1.2015**

En ce qui concerne l'évaluation de l'événement il convient de dire que la situation des faits n'est pas claire, respectivement qu'on se trouve en présence d'indications qui parfois diffèrent selon les personnes impliquées, notamment en ce qui concerne la question du degré d'intoxication de Madame B.X.\_\_\_\_\_, était-elle intoxiquée ou pas, et que ces indications parfois se contredisent aussi.

Mais ce n'est pas la tâche de l'expert de constater ce qui s'est réellement passé et qui a raison ou bien qui a tort. Mais l'expert peut établir des hypothèses qui permettent ensuite d'évaluer ses conclusions.

Il ne me semble pas possible de clarifier, en ce qui concerne la mort de Madame B.X.\_\_\_\_\_, s'il faut parler d'un accident dans le sens d'un surdosage pris de façon involontaire ou plutôt d'un suicide.

Pour autant qu'on puisse voir, il n'y avait pas de signes pour un risque aigu élevé de suicide (et ce au-delà d'un risque élevé existant à cause de la maladie de

base). Dans ce cas, on ne peut alors pas faire de reproches à la clinique d'avoir éventuellement agi de manière imprudente.

Un « épisode de dépression grave » irait bien entendu de pair avec un risque de suicide nettement plus élevé, mais on ne peut pas entrevoir que c'était là la réelle hypothèse de travail des soignants, ni que cet état de fait était tant soit peu pertinent.

Les circonstances de la mort se présentent en tout cas de façon telle que la patiente s'est, contre les règles, apparemment procurée en secret de la Méthadone et l'a aussi consommée. Elle était semble-t-il habituée à la consommation des opiacées et de la Méthadone, ainsi qu'on a pu détecter chez elle, lors de la première entrée, de la Méthadone et qu'elle n'avait plus de tolérance à ces substances étant donné que, pendant qu'elle purgeait sa peine et le long traitement stationnaire en psychiatrie, elle n'avait plus consommé d'opiacées.

Dans ce contexte, il est possible qu'elle ait mal estimé la dose qu'elle a prise et en a pris une dose beaucoup plus élevée qu'elle ne supportait plus très bien. Il me semble aussi possible, considérant le moment spécifique de l'événement à la fin de l'année (en tenant compte du trouble présent avec notamment des changements d'humeur imprévisibles et d'actions impulsives !) mais aussi qu'elle ait pris sciemment de la Méthadone à haute dose avec une intention suicidaire.

La Méthadone a un effet émétique, c'est-à-dire qu'elle provoque des vomissements. Et ce notamment quand elle est prise en fortes doses et par des personnes qui ne sont (plus) habituées à la prendre.

A mon sens, il est, sur la base des rapports d'examens présents, très vraisemblable que la Méthadone ingurgitée ait produit le vomissement, ce qui a été fatal par le fait que l'effet sédatif de la Méthadone en combinaison avec les benzodiazépines prescrites, inhibe également des réflexes importants de protection, ce qui a rendu possible une aspiration (mortelle) du vomi dans les bronches.

Un tel enchaînement de conséquences ne se produit pourtant pas plusieurs heures après la prise de la Méthadone mais je m'attends, dans ce cas, à une latence de l'action d'une, voire de deux heures.

A mon sens, il est alors aussi très improbable que la patiente ait pu consommer déjà dans l'après-midi une quelconque substance illégale et encore moins de la Méthadone.

Il me semble beaucoup plus probable qu'elle se soit procurée la drogue, ait passé la soirée de façon inaperçue, et ait probablement pris la Méthadone seulement vers minuit, au passage dans la Nouvelle Année.

Concrètement il faut retenir les points suivants :

- Certaines personnes ont déclaré que la patiente avait des yeux rouges dans l'après-midi et que ceci aurait fait naître le soupçon qu'elle avait peut-être consommé du cannabis. Indépendamment de cet état de fait, aucun examen n'a été ordonné en vue d'une intoxication, respectivement de la consommation de substances, comme, par exemple, le contrôle d'urine pour la détection de drogues.

Dans ce contexte, il faut soulever le fait qu'on n'a pas pu déceler du cannabis chez la défunte. Le soupçon, s'il a réellement existé, était donc faux et si un contrôle d'urine, afin de détecter des drogues, avait été effectué dans l'après-midi, il aurait aussi donné un résultat négatif.

Il faut aussi tenir compte du fait qu'une consommation de cannabis n'aboutit en règle générale pas à des états de danger de mort ou bien qu'il donne outre mesure lieu à des soucis. De plus, le cannabis induit encore dans l'urine un résultat positif 2 à 3 semaines après la consommation. Le fait que la patiente ait déjà consommé préalablement du cannabis et ce de façon répétée, était connu et également prouvé.

Se pose alors la question à propos de l'attitude de la Clinique par rapport à la consommation d'une substance qui est formellement interdite et en principe non souhaitée, mais pas dangereuse, si on souhaite corroborer peut-être un tel soupçon de consommation de cannabis avec un contrôle. On peut le faire, mais ceci n'est pas indispensable.

Je ne reconnais par contre pas une faute grave dans le traitement par le fait que, face à un soupçon plutôt vague, on n'ait pas procédé à un contrôle de la consommation de cannabis.

- De plus, on a observé que la patiente est apparue « ralentie » au cours de la soirée.

En opposition à cette remarque se trouvent des constatations qui indiquent que la patiente se montrait, durant le repas du soir, discrète et qu'elle était interactive, qu'elle a pu mener une conversation et a parlé d'elle-même et de sa sœur. Il n'y a pas d'indices ici pour lesquels on aurait dû se faire du souci.

D'autre part, nous savons que le comportement de la patiente était très changeant. Le soupçon qu'elle aurait pu être sérieusement intoxiquée n'a, semble-t-il, pas émergé, raison pour laquelle il n'y a pas de traces dans la documentation et on ne pouvait donc pas exiger qu'un examen concernant la consommation de drogues aurait dû obligatoirement être effectué.

Je suppose aussi, qu'au vu du laps de temps écoulé et de la latence jusqu'à sa mort, que la lenteur qui a été évoquée et qu'on cherche en vain à d'autres endroits du rapport, est plutôt un artefact, peut-être un souvenir erroné, mais pas un symptôme d'un surdosage massif de Méthadone existant déjà à ce stade.

A mon avis, il est beaucoup plus probable qu'elle a pris de la Méthadone seulement plusieurs heures plus tard. Un contrôle éventuel de la patiente sur sa consommation de drogues le soir du 31.12 aurait été alors de toute façon sans résultat.

En résumé, on peut dire qu'on ne peut à aucun endroit reconnaître de graves manquements dans le traitement et l'encadrement de la patiente qui auraient pu être en lien direct avec sa mort.

(...)

### **Résumé de l'évaluation des particularités**

- **A mon sens, les médecins compétents de la Fondation K. \_\_\_\_\_ n'ont effectué leur travail de documentation que de manière insatisfaisante.**
- **Dans l'ensemble, la qualité du traitement paraît médiocre (l'expertise n'a pas été prise en considération, diagnostics non à**

**propos, séjour de longue durée inadapté, traitement médicamenteux douteux, information éclairée insuffisamment documentée, absence d'objectifs clairs de traitement, etc.).**

- **On peut observer des manquements de compétence spécialisée, ainsi qu'une direction insuffisante, indications, organisation, contrôle ainsi qu'une gestion de qualité complètement insuffisante par les médecins spécialisés et le personnel-cadre ainsi que par la direction de la clinique, sautent aux yeux.**
- **Ce qui frappe aussi, c'est qu'on ne peut pas reconnaître si les différents problèmes esquissés ci-dessus ont été perçus en tant que tels (!). Ce qui indique qu'il n'y avait pas seulement des cas isolés de manquements dans le traitement, ce qui peut arriver lors d'une surcharge de travail mais que, de manière générale, le facteur qualité était très bas comparé à celui qui est de rigueur en Suisse.**
- **On ne peut pas pour autant parler d'une erreur de traitement dans un sens plus étroit et je ne peux pas percevoir un lien causal entre les manquements existants et la mort de Madame B.X.\_\_\_\_\_.**

## **REPONSES AUX QUESTIONS DE L'EXPERT**

- 1. Selon les bonnes pratiques cliniques, quelle attitude le personnel médical et infirmier des institutions psychiatriques est-il tenu d'adopter lorsqu'un patient est suspecté d'avoir consommé des substances psychotropes, notamment de l'alcool et/ou des stupéfiants ?**

A cette question on ne peut pas répondre de manière générale, car cela dépend en grande mesure de la problématique psychique du patient, dans quel contexte il est traité, et quelle est la substance incriminée qu'il est soupçonné d'avoir prise.

En règle générale, lors d'un soupçon de consommation de substances, on va essayer de clarifier ce soupçon. Le premier pas est un entretien avec le patient concerné et de le confronter au courant de cet entretien avec le soupçon. Lors de cet entretien, on peut se faire une meilleure idée de l'état du patient et on peut, le cas échéant, l'examiner de manière plus approfondie (examen de la vigilance, de la concentration, de l'orientation, effectuer des tests neurologiques).

Selon le résultat de cet entretien ainsi que selon la situation d'ensemble, on va effectuer un examen plus approfondi comme par exemple un examen respiratoire ou un examen d'urine à la recherche de stupéfiants.

On fera avant tout un examen plus approfondi lorsqu'on constate que le patient est nettement compromis et qu'on soupçonne, à cause de cela, la consommation de substances.

Si ce soupçon devait s'avérer confirmé dans le cas de substances avec un effet dangereux, d'autres mesures sont envisagées, comme p.ex. une surveillance adéquate ou éventuellement aussi un transfert dans une clinique somatique. Lors de consommation de substances relativement anodines, en règle générale, on tolère toujours la consommation de la nicotine, mais on compte parmi ces substances aussi le cannabis, dans ces cas, des mesures ultérieures ne sont pas forcément nécessaires.

En tant qu'autre mesure importante, il s'agit d'évoquer dans le quotidien clinique, en cas de soupçon d'introduction de façon clandestine de drogues, de fouiller les patients pour voir s'ils en portent sur eux, ce qui sert à l'autoprotection de patients toxicomanes graves mais aussi à la protection d'autres patients, auxquels on pourrait remettre des drogues. De tels événements ne s'y trouvent même pas documentés une seule fois dans le cas présent. Une telle procédure ne s'impose pas forcément, mais on ne voit pas non plus d'autres mesures avec lesquelles on aurait essayé d'aborder la problématique (!).

On voit plutôt le tableau d'une (trop) grande tolérance de la part de la direction de la clinique concernant ces questions. Ceci peut être sujet à critiques. Mais, à mon avis, on ne peut pas ici parler d'une faute de traitement au sens le plus strict.

**2. Dans le cas particulier, les infirmiers L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont-ils réagi de manière adéquate lorsqu'ils ont pris conscience que B.X.\_\_\_\_\_ avait peut-être consommée du cannabis ou une autre substance psychotrope le 31 décembre 2014 ? Dans la négative, quels manquements aux règles de l'art peuvent-ils être reprochés à chacun d'eux ?**

Concrètement, concernant Madame B.X.\_\_\_\_\_, on a parlé d'un soupçon de consommation de cannabis. Un tel soupçon n'exige, à mon avis, pas nécessairement un examen plus approfondi, d'autant plus que la consommation du cannabis reste, chez une personne toxicomane hospitalisée, en règle générale sans conséquences.

Malgré cela il est frappant que, lors d'un tel soupçon, on n'ait pas informé un médecin, du moins le médecin de garde, avec lequel la poursuite du traitement aurait pu être discutée et qui doit aussi, par la suite, prendre la décision.

Je ne vois surtout pas qu'une absence d'entretien avec un médecin puisse avoir un lien direct avec le décès de B.X.\_\_\_\_\_.

**3. Compte tenu de la polytoxicomanie dont souffrait B.X.\_\_\_\_\_, le traitement prescrit par les médecins de la Fondation K.\_\_\_\_\_ était-il adéquat ?**

Dans les ordonnances de médicaments, fournies plus tard, il ressort une prescription fixe journalière des médicaments mentionnés ci-après :

- Zyprexa (dès mi-décembre à nouveau sous forme de Velolab, une forme qui se dissout rapidement) 2x 10 mg,
- Xanax 3x2 mg (benzodiazépine anxiolytique)
- Imovane (somnifère) 7.5 mg la nuit

Ainsi que les médicaments de réserve, Séroquel (un autre neuroleptique à effet sédatif et stabilisant l'humeur) et Nozinan (un neuroleptique sédatif léger).

On ne trouve aucune réflexion de la part des médecins qui serait notée soit dans les entrées de l'anamnèse ou dans le rapport de traitement, à propos de l'administration de tel ou tel médicament ou pour quel motif un médicament n'a pas été administré.

Ce qui semble être à critiquer c'est principalement la médication neuroleptique avec Zyprexa. Ce médicament n'est ni admis pour le traitement d'une polytoxicomanie ni pour le traitement d'un trouble de la personnalité du type *borderline* et un tel traitement va de pair avec d'énormes risques d'effets secondaires (comme par exemple des mouvements involontaires dans le sens d'une dyskinésie, irréversibles ; de modifications métaboliques graves allant

jusqu'au syndrome métabolique - on ne trouve d'ailleurs pas non plus un seul contrôle des valeurs sanguines d'usage, et notamment celui des lipides dans le sang). Il s'agit ici donc d'un off-label-use. Mais, à partir des documents, il ne ressort nulle part que la patiente aurait été informée sur cet usage spécifique, ni sur les effets secondaires des médicaments qui ont été prescrits. Les médecins ont pourtant, dans toutes les spécialités médicales, l'obligation d'informer leurs patients sur les effets et effets secondaires des médicaments prescrits et ils ont également le devoir de noter que cette information a été donnée. Ceci n'a, de toute évidence, pas été fait dans le cas présent.

On peut supposer que le Zyprexa a été administré pour son effet légèrement sédatif et également pour son effet d'améliorer la relation avec la réalité ainsi que son effet stabilisateur de l'humeur de la patiente (mais, nous ne connaissons pas les réflexions des personnes en charge du traitement puisqu'il n'y a, à ce propos, aucune mention écrite dans le dossier des soins, ni dans les rapports de sortie !).

Je peux reconnaître une ligne de conduite de base pour l'administration de cette médication, même si je trouve surprenant la quantification du dosage.

A mon avis, dans le cas présent, on ne peut cependant pas parler d'une faute de traitement au sens le plus strict.

Une autre chose surprenante est qu'on n'a pas pu détecter chez la défunte du Zyprexa. En toute vraisemblance, la patiente a décidé par elle-même de ne pas prendre ce médicament, sans l'avoir pour autant dit. Ceci est un problème courant dans les traitements psychiatriques. En règle générale, on remédie à cela en donnant le médicament de façon contrôlée et avec une documentation exacte. A cause de la documentation lacunaire, je ne vois pas bien à quel point l'administration de médicaments a été contrôlée et si et comment les médecins ont été informés sur le fait de la non-remise ou de la non-prise du médicament. On ne pourra que difficilement monitorer un traitement si on ne sait pas du tout si le patient prend réellement ses médicaments.

Le Zyprexa n'a pas d'effet anti-suicide et je ne comprends pas que la non-prise du médicament qui apparemment n'était pas connue des médecins (seulement pour le 31.12. le personnel soignant avait noté que Madame B.X. \_\_\_\_\_ n'avait pas pris sa médication du soir ; sur les raisons de ce fait, on ne peut qu'émettre

des hypothèses) puisse être mise en relation étroite avec le décès de Madame B.X.\_\_\_\_\_.

De plus, il s'agit de retenir que le faible dosage d'un médicament antidépresseur administré lors du premier traitement, a été entre-temps interrompu pendant le séjour en prison et n'a pas été administré lors du deuxième séjour hospitalier. Ceci serait alors, à mon sens, une faute grave et nette dans le traitement, si réellement la patiente avait encore été dans un épisode de dépression grave. Mais ce diagnostic ne peut pas être retenu, même si cette affirmation ressort à nouveau du rapport du mois d'août 2016.

Ce rapport semble pourtant être une copie du rapport précédent et il manque dans ce rapport aussi toute réflexion sur le diagnostic.

Ce qui fait qu'ici non plus, on ne peut pas parler d'une faute de traitement.

**4. Compte tenu du risque que B.X.\_\_\_\_\_ consomme de l'alcool et/ou des stupéfiants parallèlement à son traitement médicamenteux, des mesures de surveillance particulière devaient-elle être mises en œuvre ? Si oui, lesquelles ? Ces mesures de surveillance ont-elles été correctement appliquées du 31 décembre 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2015 ?**

Au moment de sa mort, la patiente était déjà depuis plus d'un mois en traitement stationnaire à la Fondation K.\_\_\_\_\_, après une interruption d'un peu plus de 40 jours et avant presque trois mois de traitement stationnaire dès la mi-juillet 2014.

Le fait de la validité de principe du PLAFa est à discuter (voir ci-dessus), le but et le sens du séjour de Madame B.X.\_\_\_\_\_ sont en fin de compte peu clairs, un séjour plus long dans une station aiguë en psychiatrie n'avait pas été indiqué.

On peut donc dire qu'un contrôle et une surveillance permanents de la consommation d'alcool et de celle d'autres drogues n'est pratiquement pas faisable dans une section de psychiatrie aiguë et n'amène surtout pas à un résultat.

Pendant le premier séjour, des contrôles répétés d'urine sur la prise de drogues ont été effectués et le taux d'alcoolémie a été mesuré, quand la patiente avait bu.

Quand il y avait un soupçon fondé de prise d'alcool, des examens à cet effet étaient effectués aussi au courant du deuxième séjour de Madame B.X.\_\_\_\_\_, comme c'était le cas, par exemple le 11.12.2014, journée dans laquelle une alcoolémie de 1.5 pour mille a été notée par la femme médecin de jour. La consommation de cannabis a été contrôlée à plusieurs reprises (sans que cela n'ait pourtant eu de conséquences quelconques et détectables).

Dans le tableau complet je ne vois pas d'autres mesures de contrôle ou de surveillance spécifiques qui auraient été effectuées en général ou, plus particulièrement en plus, dans la nuit de la Saint Sylvestre.

**5. D'une manière générale, la prise en charge dont B.X.\_\_\_\_\_ a bénéficié à la Fondation K.\_\_\_\_\_ du 31 décembre 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2015 a-t-elle été conforme aux règles de l'art ? Dans la négative, quelles violations ont-elles été commises et à qui ces violations sont-elles imputables ?**

Les standards usuels de qualité, desquels font notamment partie une documentation de l'activité des médecins qui impliquent également l'établissement d'un plan de traitement, une information éclairée sur le traitement et la documentation de cette dernière, une précision et un effort lors de l'établissement du diagnostic, n'ont, à mon avis, pas été atteints.

Ceci me semble, notamment dans une clinique avec charge cantonale de soin (et un droit complet de formation et d'acquisition du titre de spécialiste en psychiatrie FMH), pour le moins étonnant et douteux.

Mais, ces manquements qualitatifs ne peuvent, à mon avis, pas être mis en lien direct et encore moins en lien causal avec le décès de la patiente.

Il ne m'est pas possible d'identifier des fautes de traitement spécifiques et évidentes du traitement dans la nuit de la Saint-Sylvestre 2014/2015.

**6. A supposer que des règles de l'art aient été enfreintes, les violations commises sont-elles à l'origine de décès de B.X.\_\_\_\_\_ avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude ?**

Madame B.X.\_\_\_\_\_ a souffert de troubles psychiques très graves et également difficiles à traiter qui vont de pair avec un degré de mortalité nettement plus élevé que chez la moyenne (aussi bien de manière accidentelle que volontaire, donc suicidaire).

Des indications directes sur un état suicidaire élevé et aigu n'ont pourtant pas pu être décelées avant la mort de Madame B.X.\_\_\_\_\_.

Cet événement était probablement motivé en fin de compte par d'importantes composantes de troubles ainsi que des changements d'humeur et une impulsivité nettement plus élevée que dans la moyenne.

Il ne m'est pas possible d'identifier des fautes de traitement de la part des médecins ou du personnel soignant qui pourraient être en lien direct avec le décès de Madame B.X.\_\_\_\_\_.

**7. L'expert a-t-il des observations à formuler ?**

Je n'ai pas d'autres remarques à faire. »

**B.** Par ordonnance du 28 février 2019, le Ministère public central, division affaires spéciales, a ordonné le classement de la procédure pénale ouverte à la suite du décès de B.X.\_\_\_\_\_ (I), a rejeté la demande d'indemnité présentée par la Fondation K.\_\_\_\_\_ (II) et a mis une parties des frais de la procédure, par 21'427 fr. 80, à la charge de la Fondation K.\_\_\_\_\_ et laissé le solde à la charge de l'Etat (III).

En se fondant sur l'expertise judiciaire, le Ministère public central a considéré que les médecins et le personnel soignant de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ n'avaient commis aucune faute qui soit à l'origine du décès de B.X.\_\_\_\_\_. En effet, face à un soupçon plutôt vague et en l'absence de tout signe clinique évocateur d'une grave intoxication, les infirmiers L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ pouvaient renoncer à soumettre la patiente à une

prise d'urine, l'absence d'avis du médecin de garde ne constituant par ailleurs pas un manquement dans une telle situation. De toute manière, même si une prise d'urine avait été effectuée entre 16h00 et 20h00, celle-ci n'aurait pas nécessairement mis en évidence la consommation fatale de méthadone, puisqu'il était scientifiquement impossible d'estimer le moment où la patiente avait consommé cette substance et en quelle quantité. On ne pouvait donc pas exclure que B.X.\_\_\_\_\_ ait consommé la méthadone entre 20h00 et minuit (hypothèse privilégiée par l'expert), auquel cas le personnel soignant serait définitivement hors de cause. Pour le surplus, dans la mesure où les médecins légistes et le toxicologue du CUMRL avaient répondu à la question de savoir quelle quantité de méthadone avait été absorbée et à quel moment, le Ministère public central a rejeté la requête des plaignants tendant à la mise en œuvre d'une expertise toxicologique. En conclusion, la responsabilité pénale des médecins et du personnel infirmier de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ n'était pas engagée et la procédure pénale devait être classée.

S'agissant des effets accessoires du classement, le Ministère public central a relevé que les soupçons ayant conduit à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire avaient été confirmés par l'expert W.\_\_\_\_\_ en ce sens que celui-ci avait constaté de multiples manquements qualitatifs imputables à l'hôpital K.\_\_\_\_\_ (en particulier documentation par les médecins insuffisante, diagnostics inexacts, séjour de longue durée inadapté, traitement médicamenteux discutable, absence d'objectifs clairs de traitement, manque de compétence spécialisée, direction, organisation et contrôle insuffisants, gestion de la qualité totalement déficiente de la part des médecins cadres et de la direction de la clinique). Or si la prise en charge qualitative de la patiente avait été conforme aux standards de qualité usuels – bien que son décès ne soit pas directement imputable au corps médical –, l'expertise n'aurait pas été nécessaire ou du moins aurait été d'une ampleur nettement moindre. En conséquence, le Ministère public central a conclu que la clinique devait supporter les frais relatifs aux honoraires de l'expert judiciaire et à la traduction en français de l'expertise.

**C.** Par acte du 11 mars 2019, C.X.\_\_\_\_\_, D.X.\_\_\_\_\_, E.X.\_\_\_\_\_ et F.X.\_\_\_\_\_ ont recouru contre cette ordonnance, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public central, division affaires spéciales, principalement pour procéder à la mise en accusation de N.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ et de toute autre personne que justice dirait, pour homicide par négligence et toute autre infraction que justice dirait, subsidiairement pour procéder à de plus amples mesures d'instruction dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir.

### **En droit :**

#### **1.**

**1.1** L'art. 385 al. 1 CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0) dispose que, si le code exige que le recours soit motivé, la personne ou l'autorité qui recourt indique précisément les points de la décision qu'elle attaque (let. a), les motifs qui commandent une autre décision (let. b) et les moyens de preuves qu'elle invoque (let. c).

Les « *motifs qui commandent une autre décision* » au sens de l'art. 385 al. 1 let. b CPP doivent être étayés par le recourant sous l'angle des faits et du droit (TF 6B\_347/2016 du 17 février 2017 consid. 4.1 et l'arrêt cité). Celui-ci doit donc énoncer les arguments, de fait ou de droit, sur lesquels il prétend se fonder pour faire modifier la décision en sa faveur (Lieber, *Kommentar zur Schweizerischen Strafprozessordnung*, 2<sup>e</sup> éd., 2014, n. 2 ad art. 385 CPP ; Pitteloud, *Code de procédure pénale suisse, Commentaire à l'usage des praticiens*, 2012, n. 1126). Ainsi, il doit indiquer dans quelle mesure et sous quel angle il entend critiquer l'établissement des faits ou l'application du droit (Calame, *Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 20 ad art. 385 CPP). Il n'est pas entré en matière sur les arguments qui résultent seulement d'un renvoi à des pièces du dossier ou à des écritures antérieures (Rémy, *Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 4 ad art. 396 CPP et les réf. citées).

Le recourant ne peut donc se borner à simplement reprendre des allégations de fait ou des arguments de droit présentés devant l'autorité de poursuite pénale, mais il doit s'efforcer d'établir que, sur les faits constatés ou sur les conclusions juridiques qui en ont été tirées, l'ordonnance attaquée est entachée d'erreurs. Il ne peut le faire qu'en reprenant la démarche du procureur et en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement. Si la motivation du recours est identique aux moyens qui avaient déjà été présentés devant le procureur avant la reddition de l'ordonnance attaquée, ou si elle ne contient que des critiques toutes générales de l'ordonnance attaquée ou encore si elle ne fait que renvoyer aux moyens soulevés devant le procureur, elle ne satisfait pas aux exigences de l'art. 385 al. 1 CPP et l'autorité de recours n'a pas à entrer en matière (CREP 17 novembre 2018/981 consid. 2.3 ; CREP 31 mai 2016/355, confirmé sur ce point par TF 6B\_991/2016 du 3 novembre 2017 consid. 2.2.3).

**1.2** En l'espèce, dans leur mémoire, les recourants renvoient aux chiffres 3 à 7 de leurs déterminations du 31 mai 2017 (P. 79) sur l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ concernant deux éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence, à savoir le décès d'une personne et le devoir de garant. Ils reprennent ensuite quasiment en « *copier-coller* » tous les points développés dans cette détermination. Ce n'est qu'en dernière page, avant leurs conclusions, qu'ils soutiennent que le Procureur se serait fourvoyé en se limitant à paraphraser l'expertise judiciaire et en omettant d'examiner l'ensemble des éléments recueillis durant l'enquête et que l'analyse desdits éléments démontrerait que les conditions de l'infraction d'homicide par négligence seraient réalisées, de sorte que l'infirmière N.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_ devraient être mis en accusation, à tout le moins en application du principe *in dubio pro duriore*. Subsidiairement, les recourants ont exposé que si le Procureur avait un doute sur « *ce lien* » (sic), il aurait dû mettre en œuvre l'expertise toxicologique requise.

Ce faisant, force est de constater que les recourants ne critiquent pas le raisonnement opéré par le Procureur, sauf à dire que celui-ci ne pouvait pas se contenter de reprendre le rapport de l'expert aux pages 43 à 46 et 50 à 52 (ch. 13 et 37 du mémoire). Du reste, aucun des arguments des recourants ne vise un passage particulier de l'ordonnance. De ce point de vue, il est très douteux que le recours soit formellement recevable. Quoi qu'il en soit, même recevable, le recours aurait de toute manière été rejeté pour les motifs exposés ci-dessous.

**1.3** Pour le surplus, le recours a été interjeté en temps utile (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP), contre une ordonnance de classement rendue par le ministère public (art. 393 al. 1 let. a CPP), par les parties plaignantes qui ont qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP).

**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).

Le principe *in dubio pro durore* découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 CPP ; ATF 143 IV 241 consid. 2 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2 ; TF 6B\_496/2017 du 24 janvier 2018 consid. 2.1). Il signifie qu'en principe un classement ou une non-entrée en matière 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'acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave (ATF 143 IV 241 consid. 2 ;

ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 ; ATF 138 IV 186 consid 4.1 ; TF 6B\_518/2018 du 19 septembre 2019 consid. 2.3.2).

**3.** Selon l'art. 117 CP, 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 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 réf. citées ; TF 6B\_1287/2018 du 11 mars 2019 consid. 1.1 et 1.4.1).

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 134 IV 175 consid. 3.2 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3).

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. 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. 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\_1098/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.2 et les références).

#### **4.**

**4.1** Les recourants soutiennent qu'il faudrait s'écarter des conclusions du rapport de l'expert judiciaire W.\_\_\_\_\_ selon lesquelles aucun manquement aux règles de l'art en lien avec le décès de B.X.\_\_\_\_\_ ne peut être reproché au personnel médical et infirmier de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_. Dans un premier moyen relatif à l'élément constitutif de la négligence coupable, les recourants exposent que l'expert serait parti de la prémisse erronée selon laquelle les infirmiers de garde travaillant à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ les 31 décembre 2014 et 1<sup>er</sup> janvier 2015 n'ont soupçonné qu'une consommation de cannabis, étant précisé que, selon la marche à suivre préconisée par l'expert, il n'était pas nécessaire d'entreprendre des mesures de surveillance et des fouilles en présence d'un soupçon de consommation de cette substance. Ils avancent cinq arguments - soit les termes utilisés par divers membres du personnel médical durant leur audition par la police et par la direction de la procédure - qui prouveraient que le soupçon de consommation de cannabis dont les infirmiers ont fait état durant la journée du 31 décembre 2014 portait en réalité sur un soupçon de consommation de « produits stupéfiants » et non exclusivement sur celui de cannabis. Forts de ce constat, les recourants arguent que la passivité de l'infirmière N.\_\_\_\_\_ serait fautive, puisque le soupçon de consommation de « *substances psychotropes* » lui aurait été transmis lorsqu'elle a pris son service à 20h00 et qu'elle savait que la patiente venait de rentrer d'une sortie avec

[...], notoirement connu au sein de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ pour s'adonner au trafic de stupéfiants. En outre, dans la mesure où le Dr E.\_\_\_\_\_ était le supérieur hiérarchique de N.\_\_\_\_\_, celui-ci devrait également être tenu pour responsable. Dans un second moyen relatif à l'existence du lien de causalité entre l'acte - en l'occurrence l'omission - et le décès, les recourants invoquent que l'expert serait parti de la fausse prémisse selon laquelle B.X.\_\_\_\_\_ aurait ingéré l'intégralité de la méthadone ayant causé son décès aux alentours de minuit, cela n'étant qu'une hypothèse reposant par ailleurs sur des éléments factuels scientifiques non établis, voire erronés, de sorte que c'est à tort qu'il aurait conclu que toutes les mesures qui auraient pu être prises avant par le personnel médical et soignant auraient été vaines, puisque les tests auraient de toute façon été négatifs.

**4.2** Selon l'art. 182 CPP, le ministère public et les tribunaux ont recours à un ou plusieurs experts lorsqu'ils ne disposent pas des connaissances et des capacités nécessaires pour constater ou juger un état de fait. Conformément à 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 dans les cas suivants : l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a), plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions (let. b) ou l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c). L'expertise doit être considérée comme incomplète ou peu claire notamment lorsqu'elle ne répond pas à toutes les questions posées, n'est pas fondée sur l'ensemble des pièces transmises à l'expert, fait abstraction de connaissances scientifiques actuelles ou ne répond pas aux questions de manière compréhensible ou logique (TF 6B\_824/2018 du 19 septembre 2019 consid. 2.1 ; TF 6B\_607/2017 du 30 novembre 2017 consid. 2.1 ; TF 6B\_1307/2015 du 9 décembre 2016 consid. 4.3.2).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement la force probante de l'expertise. Cette liberté ne trouve sa limite que dans l'interdiction de l'arbitraire. Si le juge n'est en principe pas lié par les conclusions de l'expert, il ne peut s'en écarter, sous peine de violer l'art. 9

Cst., qu'en exposant les motifs déterminants et les circonstances bien établies qui lui commandent d'agir de la sorte (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3). Il faut en d'autres termes des motifs sérieux, tenant notamment à l'existence d'une contradiction interne à l'expertise ou une contradiction entre les faits établis dans le cadre de la procédure et ceux retenus dans l'expertise (ATF 118 la 144 consid. 1c ; ATF 101 IV 129 consid. 3a ; TF 6B\_276/2018 du 24 septembre 2018 consid. 1.2.2 et les réf. citées).

### **4.3**

**4.3.1** Selon le rapport d'autopsie du 1<sup>er</sup> juin 2015 et le rapport complémentaire du 9 décembre 2015 de la Dresse S.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_, le décès de B.X.\_\_\_\_\_ est la conséquence d'une broncho-aspiration massive du contenu gastrique chez une personne présentant un état d'imprégnation aiguë à la méthadone et aux benzodiazépines. Les médecins légistes ont indiqué qu'il était impossible d'estimer avec précision le temps écoulé entre la broncho-aspiration massive du contenu gastrique et le décès, mais qu'il était possible de dire que la broncho-aspiration était survenue très peu de temps (quelques minutes) avant le décès. Comme une levée de corps n'avait pas été effectuée, ils ont conclu qu'il était impossible d'estimer le moment du décès. En outre, après en avoir discuté avec leur collègue toxicologue, le Dr V.\_\_\_\_\_, ils ont conclu qu'il était également impossible d'estimer la quantité totale exacte de méthadone consommée par B.X.\_\_\_\_\_ ni le moment exact de la consommation, notamment en raison de leur corrélation (l'une dépendant de l'autre).

La question qui se pose donc est celle de savoir si, au moment des faits, l'un des membres du personnel soignant de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ qui s'occupait de B.X.\_\_\_\_\_ - et qui avait alors vis-à-vis d'elle une position de garant - aurait pu ou dû se rendre compte que celle-ci s'était potentiellement mise en danger par l'absorption de produits stupéfiants et que cette potentielle mise en danger dépassait les limites du risque admissible. En d'autres termes, il faut se demander si, au vu des circonstances, l'un des membres du personnel soignant a omis d'accomplir une action dont il aurait pu ou dû se rendre compte, de par ses

connaissances et ses aptitudes personnelles, qu'elle était nécessaire pour éviter la survenance du décès de B.X.\_\_\_\_\_ (violation d'une règle de prudence). En cas de violation d'une telle règle, il faut ensuite déterminer si la personne en cause a fait preuve d'un manque d'effort blâmable (faute) et, enfin, se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait pu, avec une très grande vraisemblance, empêcher la survenance du décès (causalité naturelle et adéquate entre l'omission fautive et le résultat).

**4.3.2** Afin de déterminer concrètement les devoirs découlant de l'obligation de diligence du personnel soignant et si ces devoirs avaient été respectés, le Procureur a désigné le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef au sein du Département de psychiatrie forensique de [...] aux fins de répondre à sept questions.

La première question était la suivante : « *Selon les bonnes pratiques cliniques, quelle attitude le personnel médical et infirmier des institutions psychiatriques est-il tenu d'adopter lorsqu'un patient est suspecté d'avoir consommé des substances psychotropes, notamment de l'alcool et/ou des stupéfiants ?* ». L'expert était ainsi d'emblée interrogé sur l'existence d'une règle de prudence en matière de soupçon de consommation de produits stupéfiants.

La deuxième question portait sur l'éventuelle violation, dans le cas particulier, de ladite règle de prudence par les personnes qui avaient pris en charge B.X.\_\_\_\_\_ : « *Dans le cas particulier, les infirmiers L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont-ils réagi de manière adéquate lorsqu'ils ont pris conscience que B.X.\_\_\_\_\_ avait peut-être consommé du cannabis ou une autre substance psychotrope le 31 décembre 2014 ? Dans la négative, quel manquement aux règles de l'art peuvent-ils être reprochés à chacun d'eux ?* ». L'expert a répondu comme il suit : « *Concrètement, concernant Madame B.X.\_\_\_\_\_, on a parlé d'un soupçon de consommation de cannabis. Un tel soupçon n'exige, à mon avis, pas nécessairement un examen plus approfondi, d'autant plus que la consommation de cannabis reste, pour une personne toxicomane*

*hospitalisée, en règle générale sans conséquence. Malgré cela il est frappant que, lors d'un tel soupçon, on n'ait pas informé un médecin, du moins le médecin de garde (...) ».* Les paragraphes suivants de la réponse n'ont pas été traduits en français (cf. P. 71 qui est lacunaire sur ce point). Leur traduction est notamment la suivante : *« Je ne considère pas comme une faute grave le fait que le médecin de garde n'ait pas été informé d'un soupçon apparemment vague de consommation de cannabis (qui s'est du reste après coup révélé faux !) chez une patiente connue pour être polytoxicomane et dans les urines de laquelle du cannabis avait été trouvé à de réitérées reprises. Ceci vaut d'autant plus lorsque, en raison d'un jour férié, le médecin traitant (ici le Dr [...]) n'était probablement pas joignable. Surtout, une supposition de consommation de cannabis ne constitue pas non plus un cas d'urgence qui laisse apparaître comme absolument nécessaire d'alarmer le médecin de garde (réd. : souligné par l'expert) ».* La fin de la réponse a, elle, été traduite comme il suit : *« Je ne vois surtout pas qu'une absence d'entretien avec un médecin puisse avoir un lien direct avec le décès de B.X.\_\_\_\_\_ ».*

La quatrième question était la suivante : *« Compte tenu du risque que B.X.\_\_\_\_\_ consomme de l'alcool et/ou des stupéfiants parallèlement à son traitement médicamenteux, des mesures de surveillance particulières devaient-elles être mises en œuvre ? Si oui, lesquelles ? Ces mesures de surveillance ont-elles été correctement appliquées du 31 décembre 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2015 ? ».* L'expert était ainsi interrogé sur l'existence d'autres règles de prudence applicables et sur leur éventuelle violation dans le cas d'espèce. La réponse à cette question était notamment la suivante : *« (...) On peut donc dire qu'un contrôle et une surveillance permanents de la consommation d'alcool et de celle d'autres drogues n'est pratiquement pas faisable dans une section de psychiatrie aiguë et n'amène surtout pas un résultat. Pendant le premier séjour, des contrôles répétés d'urine sur la prise de drogues ont été effectués et le taux d'alcoolémie a été mesuré, quand la patiente avait bu. Quand il y avait un soupçon fondé de prise d'alcool, des examens à cet effet ont aussi été effectués durant le deuxième séjour de Madame B.X.\_\_\_\_\_, comme c'était le cas, par exemple, le 11.12.2014, journée*

*dans laquelle une alcoolémie de 1.5 pour mille a été notée par la femme médecin de jour. La consommation de cannabis a été contrôlée à plusieurs reprises (sans que cela n'ait pourtant eu de conséquences quelconques et détectables). Dans le tableau complet, je ne vois pas d'autres mesures de contrôle ou de surveillance spécifiques qui auraient été effectuées en général, ou plus particulièrement en plus, durant la nuit de la Saint Sylvestre » (réd. recte : qui se seraient imposées en l'espèce à titre complémentaire de manière générale ou spécifique).*

Enfin, à la sixième question, il était demandé à l'expert de dire si, à supposer que des règles de l'art aient été violées, ces violations étaient à l'origine du décès avec un degré de vraisemblance confinant à la certitude. L'expert a répondu que B.X.\_\_\_\_\_ souffrait de troubles psychiques très graves, également difficiles à traiter, qui se caractérisaient par une mortalité plus élevée que la moyenne et qu'il ne lui était pas possible d'identifier des fautes de traitement de la part des médecins ou du personnel soignant, qui pourraient être en lien avec le décès de l'intéressée.

**4.3.3** Dans son rapport du 5 décembre 2016 (P. 69), le Dr W.\_\_\_\_\_ expose les motifs et la problématique de l'expertise (p. 1), résume l'ensemble des pièces du dossier, dont les auditions des personnes appelées à donner des renseignements (pp. 3-28), procède à l'évaluation de la situation de B.X.\_\_\_\_\_, notamment sous l'angle juridique (PLAFA) et médical (pp. 29-48), et répond aux sept questions qui lui étaient posées (pp. 49-56). Dans le délai qui leur a été imparti, les recourants ont déposé des observations sur cette expertise, sans demander formellement à ce que l'expert soit invité à la compléter ou à la clarifier, mais en concluant à ce que l'infirmière N.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_ soient mis en accusation pour homicide par négligence.

Comme déjà dit, les recourants ne s'en prennent pas spécifiquement à l'ordonnance attaquée. Ainsi, ils ne contestent pas les faits tels qu'ils ont été retenus sous chiffre 1 de celle-ci, notamment en relation avec le déroulement de la soirée du 31 décembre 2014. Comme

l'état de fait précité n'est pas formellement mis en cause, il faut partir du principe que les recourants admettent que les événements se sont produits tels que retenus, à savoir, en particulier, que le personnel soignant n'a constaté aucun trouble de comportement de la part de B.X.\_\_\_\_\_ et n'a tout au plus suspecté que la prise par celle-ci de cannabis, et que, comme la patiente s'était montrée plus ouverte qu'à l'accoutumée lors du repas du soir partagé entre les patients et les soignants, discutant avec les uns et les autres, ils ont renoncé à effectuer une prise d'urine.

Ces éléments factuels sont également ceux sur lesquels s'est fondé l'expert qui, avant de répondre aux questions, relève que « *ce n'est pas la tâche de l'expert de constater ce qui s'est réellement passé* », mais qu'il « *peut établir des hypothèses qui permettent ensuite d'évaluer ses conclusions* » (p. 43). Dans cette optique, il prend en compte le fait que certaines personnes ont déclaré que la patiente avait les yeux rouges dans l'après-midi, ce qui avait fait naître le soupçon d'une éventuelle consommation de cannabis ; il ne voit cependant pas une violation des règles de l'art dans le fait, face à un soupçon plutôt vague, de ne pas avoir procédé à un contrôle de consommation de cette substance (p. 45) ; il prend également en compte la déclaration d'une personne selon laquelle la patiente était apparue ralentie au cours de la soirée et constate que cette déclaration s'oppose à d'autres constatations selon lesquelles la patiente s'était au contraire montrée interactive durant le repas du soir, soit en particulier qu'elle avait pu mener une conversation avec un soignant et avait même parlé d'elle-même et de sa sœur ; l'expert déduit des déclarations des personnes présentes qu'il n'y avait en tout cas pas de raison de s'inquiéter et que même la lenteur évoquée ne pouvait pas laisser penser à un symptôme de prise de méthadone en surdose à ce moment-là (pp. 45-46). Ce sont ces circonstances qui conduisent l'expert à émettre l'hypothèse que, selon lui, « *il est beaucoup plus probable qu'elle a pris de la méthadone seulement plusieurs heures plus tard* » ; il en tire la conclusion que, dans cette hypothèse, un éventuel contrôle qui aurait été opéré auparavant n'aurait pas permis de détecter quoi que ce soit (p. 46).

Il résulte de ce qui précède qu'on ne décèle aucune contradiction entre les faits retenus dans le jugement et ceux sur lesquels l'expert s'est fondé. Pour le surplus, l'expertise est claire, complète, voire même très fouillée. Elle est en outre exempte de parti pris. En effet, si l'expert arrive à la conclusion qu'aucune règle de l'art n'a été violée en relation avec le décès de B.X.\_\_\_\_\_, il met toutefois en exergue - sans aucune concession et en des termes très durs - une série de manquements commis par la Fondation K.\_\_\_\_\_, sa direction et les médecins spécialisés (travail de documentation des médecins insatisfaisant, qualité du traitement médiocre, manquement de compétence spécialisée, direction insuffisante, etc. ), comme le soulignent du reste les recourants eux-mêmes.

Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de raison objective de s'écarter de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_.

**4.3.4** Il est vrai que, pour contester les conclusions de l'expertise, les recourants tentent de remettre en cause certains éléments de fait sur lesquels l'expert s'est fondé. En particulier, ils soutiennent que l'expert retient de manière erronée que le personnel infirmier de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ ne soupçonnait qu'une consommation de cannabis.

Il est douteux que les recourants puissent ainsi, par le biais de la critique de l'expertise, remettre en cause des faits contenus dans l'ordonnance qu'ils ne contestent pas formellement. En tout état de cause, l'appréciation faite par l'expert des diverses déclarations du personnel soignant ayant pris en charge la défunte le 31 décembre 2014, que le Procureur a rejointe et qui n'est pas contestée, n'est ni arbitraire ni même fausse, pour les motifs exposés ci-après.

Les recourants avancent cinq éléments qui démontreraient que le personnel soignant soupçonnait B.X.\_\_\_\_\_ d'avoir consommé de la méthadone, qu'il convient d'examiner successivement.

1.- Il ressortirait du rapport de la police cantonale que le groupe d'infirmiers soupçonnait la prise d'une « *drogue* » (P. 69, p. 11).

Les recourants se fondent à cet égard sur le résumé suivant exposé par l'expert (P. 71, p. 10) : « (...) Madame N.\_\_\_\_\_, qui était de garde pendant la nuit, aurait indiqué avoir commencé son service à 20h00. Vers 20h30 elle aurait rencontré pour la première fois Madame B.X.\_\_\_\_\_ dans la cuisine du service pendant qu'elle était en train de se préparer une boisson chaude. Il n'y aurait rien eu d'étrange si ce n'est qu'elle était plus calme que d'habitude. Le groupe soupçonnait la prise d'une drogue mais sans en être certain. La patiente serait allée dormir dans sa chambre vers 21h00. A 22h30 elle se serait levée pour se préparer une boisson. Elle aurait alors demandé ses médicaments pour la nuit. B.X.\_\_\_\_\_ aurait fumé une cigarette et serait à nouveau allée dormir ».

Il ne ressort toutefois pas de ce rapport que le soupçon vague selon lequel B.X.\_\_\_\_\_ aurait pris une « *drogue* » porterait sur une autre substance que le cannabis évoqué par l'un des infirmiers que N.\_\_\_\_\_ a remplacé à 20 heures. Au surplus, ce passage ne mentionne aucun élément qui devait alerter N.\_\_\_\_\_, la patiente étant décrite comme plus calme que d'habitude et s'étant levée à 22h30 pour se préparer une boisson, prendre des médicaments et fumer une cigarette.

En conclusion, le rapport de police ne corrobore aucunement la thèse des recourants.

2.- Il ressortirait de l'audition par le Procureur de N.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2015 que celle-ci aurait employé les mots « *substances* » et « *consommation* », à l'exclusion de « *cannabis* » (PV aud. 5, lignes 59, 60 et 74).

Au cours de son audition, N.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'aucun problème ne lui avait été signalé lorsqu'elle avait pris son service à 20h00, qu'il ne s'était rien passé de particulier avec B.X.\_\_\_\_\_, que celle-ci avait

pris son traitement vers 21h30 à l'exception du somnifère Imovane, que B.X.\_\_\_\_\_ s'était ensuite préparée un thé, que le seul contact qu'elle avait eu avec elle durant la soirée était au moment de la distribution de son traitement, qu'elle avait fait une première ronde à 01h30 lors de laquelle elle avait vu la patiente allongée sur le ventre dans son lit, avec son sac à main posé à la hauteur de son visage qu'elle ne voyait donc pas, qu'au cours de la seconde ronde à 04h00, elle avait vu B.X.\_\_\_\_\_ toujours allongée dans la même position avec son sac à main à la hauteur de son visage, qu'elle avait senti une odeur de vomi en entrant dans la chambre, qu'elle s'était approchée et avait constaté des vomissures sur son visage et qu'elle avait alors donné l'alarme (PV aud. 5, lignes 28-48). A la question de savoir s'il était vrai qu'elle avait déclaré au médecin de service, après la constatation du décès, que B.X.\_\_\_\_\_ souffrait de polytoxicomanie et qu'elle avait peut-être consommé ce soir-là, N.\_\_\_\_\_ a déclaré que c'était exact et qu'en ce qui concernait la consommation de stupéfiants, c'était l'équipe de jour qui lui en avait parlé, à savoir que M.\_\_\_\_\_ lui avait dit que B.X.\_\_\_\_\_ était arrivée au repas dans un état ralenti, qui laissait à penser qu'elle avait consommé des substances (PV aud. 5, lignes 57-60). A la question de savoir pour quelle raison elle n'avait pas signalé la situation au médecin de garde, N.\_\_\_\_\_ a répondu que c'était parce que la patiente était dans cet état tous les jours (PV aud. 5, ligne 68). A ce stade de l'interrogatoire, le Procureur a donné lecture à N.\_\_\_\_\_ de deux déclarations faites par L.\_\_\_\_\_, qui faisait partie de l'équipe de jour qui s'était occupée de B.X.\_\_\_\_\_ jusqu'à 20h00, au sujet de l'état dans lequel celle-ci se trouvait (*« C'est à ce moment-là (réd. : lors du repas) que je l'ai le plus vue de la journée. Je me souviens d'un moment d'échange particulièrement agréable, où nous avons discuté notamment de mon métier de soignant. Elle m'a parlé du métier de sa sœur, qui était sauf erreur [...]. Je me rappelle particulièrement ce moment car il s'agit de l'une des deux occasions lors desquelles j'ai pu avoir un véritable échange de qualité avec B.X.\_\_\_\_\_ (PV aud. 4, lignes 39-44) »* et *« Je répète une nouvelle fois que l'état clinique de B.X.\_\_\_\_\_ avec laquelle j'ai passé tout le repas à échanger et discuter dans des conditions tout à fait adéquates et adaptées ne présentait aucun signe évoquant une péjoration de son état en relation avec une éventuelle consommation (PV*

aud. 4, lignes 133-136)»). Après cette lecture, N.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'elle maintenait que M.\_\_\_\_\_ lui avait signalé que B.X.\_\_\_\_\_ était apparue ralentie et qu'elle était probablement allée consommer avec un autre patient (PV aud. 5, lignes 73-74).

S'il est vrai que N.\_\_\_\_\_ mentionne que M.\_\_\_\_\_ lui aurait signalé un « *état ralenti* » de B.X.\_\_\_\_\_ avant le repas et la probabilité d'une « *consommation* » de « *substances* », sans préciser lesquelles, force est de constater qu'elle ne dit pas qu'il s'agissait de drogues dures, ni encore moins que, lorsqu'elle a elle-même pris son service, des symptômes de prise de telles drogues étaient apparents.

En conclusion, l'audition de N.\_\_\_\_\_ ne corrobore aucunement la thèse des recourants.

De toute manière, interrogée sur l'« *état ralenti* » dont elle aurait fait état à N.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ a démenti ce fait, expliquant d'une part que c'était son collègue L.\_\_\_\_\_ et non elle-même qui s'était chargé de la remise officielle du service à 20h00 à N.\_\_\_\_\_, d'autre part qu'elle n'avait rien constaté de particulier s'agissant de l'état de B.X.\_\_\_\_\_, si ce n'est qu'au contraire celle-ci lui avait paru être bien durant le repas : « *Je ne me souviens de rien de particulier ni de précis pour ce qui est de l'après-midi du 31 décembre 2014. Je me souviens mieux du début de soirée, dans la mesure où le soir du 31 décembre, les soignants partagent le repas avec les patients. A cette occasion, B.X.\_\_\_\_\_ m'a paru bien. Elle était en lien aussi bien avec les soignants qu'avec les autres patients à table. Je me rappelle qu'elle a remarqué que je ne mangeais pas de viande, puisque je suis en effet végétarienne. Elle m'a alors dit qu'à une période, elle aussi avait été végétarienne, mais qu'elle avait depuis lors recommencé à manger de la viande. Par la suite, elle nous a demandé si ce n'était pas trop difficile pour nous de travailler le soir du 31 décembre. Je me rappelle qu'elle a alors parlé de sa sœur, en nous disant qu'elle aussi avait des horaires irréguliers dans sa profession [...]. En bref, je dirais qu'elle s'ouvrait à nous pour la première fois depuis son arrivée dans l'établissement* » (PV aud. 7, lignes 31-42). A la question de savoir si

B.X.\_\_\_\_\_ semblait être peut-être sous l'influence de substances psychotropes, M.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative : *« Non. Je n'ai rien constaté de particulier à ce moment-là. En effet, sa vigilance était maintenue, elle était en lien. Elle était juste bien. Pour vous répondre, elle n'était ni apathique ni surexcitée. Son débit verbal était normal. Ses propos étaient cohérents »* (PV aud. 7, lignes 46-48). Interrogée sur le point de savoir si son collègue L.\_\_\_\_\_ lui avait fait part qu'il soupçonnait B.X.\_\_\_\_\_ d'avoir consommé du cannabis ce jour-là, M.\_\_\_\_\_ a répondu que cela avait été évoqué : *« J'essaie de me souvenir. On a forcément dû échanger là autour, le cas échéant. Je me rappelle que nous avons échangé au sujet du repas que nous venions de prendre en commun. Il me semble bien qu'à ce moment-là, nous avons évoqué le fait que B.X.\_\_\_\_\_ avait les yeux rouges, ce qui pouvait faire penser à une consommation »* (PV aud. 7, lignes 52-56).

L'audition de M.\_\_\_\_\_ infirme clairement la thèse des recourants.

3.- Il ressortirait de l'audition par le Procureur du Dr P.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2015 que celui-ci aurait employé le mot *« consommation »*, à l'exclusion du mot *« cannabis »* (PV aud. 3, ligne 57).

Le Dr P.\_\_\_\_\_, qui était le médecin de garde durant la nuit en cause et qui ne connaissait pas B.X.\_\_\_\_\_, a été appelé le 1<sup>er</sup> janvier 2015 par N.\_\_\_\_\_ à 04h00. Confronté au fait que, dans ses notes de suites médicales, il avait indiqué que l'équipe infirmière lui avait dit que B.X.\_\_\_\_\_ avait probablement consommé le soir même, il a précisé ce qui suit : *« En ce qui concerne l'information, elle m'a été communiquée par l'infirmière, Mme N.\_\_\_\_\_, qui m'a dit que B.X.\_\_\_\_\_ souffrait de polytoxicomanie et qu'elle aurait peut-être consommé ce soir-là. Il s'agissait d'une simple suspicion de sa part. Pour vous répondre, elle ne m'a pas laissé entendre qu'elle-même aurait fait des constatations qui auraient pu corroborer une telle suspicion. »* (PV aud. 3, lignes 55-59).

S'il est vrai que le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne le verbe « *consommer* », force est de constater que, selon ses propres explications, il ne fait que relayer une simple suspicion émise par N.\_\_\_\_\_ après le constat du décès de B.X.\_\_\_\_\_, tout en précisant que l'infirmière ne lui avait même pas laissé entendre qu'elle avait constaté quelque chose par elle-même.

En conclusion, ce témoignage indirect ne corrobore aucunement la thèse des recourants.

4.- Il ressortirait également de l'audition par le Procureur de M.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2015 que celle-ci aurait employé la formule « *consommation de toxiques* » (PV aud. 7, lignes 92-93).

Comme on l'a vu (cf. ch. 2.- supra), M.\_\_\_\_\_ n'a pas corroboré la thèse des recourants selon laquelle le personnel soignant avait soupçonné une consommation de méthadone par B.X.\_\_\_\_\_. Quant au passage de son audition auquel les recourants se réfèrent, on ne peut rien en déduire non plus, puisque M.\_\_\_\_\_ se borne à répondre à la question du conseil des recourants de savoir si B.X.\_\_\_\_\_ avait, selon elle, consommé de la drogue le 31 décembre 2014. Or la question n'est pas de savoir si la personne appelée à donner des renseignements pensait que B.X.\_\_\_\_\_ avait consommé de la drogue, mais bel et bien de savoir si au moment déterminant où des mesures de contrôle et de surveillance auraient éventuellement dû ou pu être prises, une consommation de drogue dure était perceptible par le personnel soignant. La réponse de M.\_\_\_\_\_ selon laquelle il était « *possible qu'elle ait consommé des toxiques ce jour-là* » (PV aud. 7, lignes 92-93) ne fournit aucune indication supplémentaire par rapport à ce qu'elle avait précédemment déclaré sur l'état de B.X.\_\_\_\_\_ pendant et après le repas, en particulier le fait qu'elle lui avait paru bien.

5.- Il ressortirait enfin de l'audition par le Procureur de L.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2015 que celui-ci aurait employé le mot « *substance* » et une fois le mot « *cannabis* » (PV aud. 4, lignes 77 et 80).

Les recourants font référence aux questions posées à cet infirmier sur l'état dans lequel se trouvait B.X.\_\_\_\_\_ le jour du 31 décembre 2014. Celui-ci a déclaré que, sur ses observations infirmières, il avait indiqué ce jour-là « *pas de trouble de comportement* », ce qui signifiait selon lui que B.X.\_\_\_\_\_ était calme (PV aud. 4, ligne 74). A la question faisant référence au fait qu'il avait évoqué que B.X.\_\_\_\_\_ avait les yeux rouges durant l'après-midi, L.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : « *Pour reprendre le contexte, B.X.\_\_\_\_\_ consommait des substances. C'était une des raisons de son hospitalisation (...). J'ai relevé que B.X.\_\_\_\_\_ avait les yeux rouges du fait que cela pouvait laisser penser qu'elle avait consommé du cannabis* » (PV aud. 4, lignes 77-80). Plus loin, l'infirmier a expliqué qu'il avait pu exclure la consommation de drogues dures car il n'en avait constaté aucun symptôme (PV aud. 4, lignes 110-112).

Manifestement, l'audition de L.\_\_\_\_\_ ne corrobore pas la thèse des recourants, mais l'infirmier.

**4.3.5** En conclusion, c'est en vain que les recourants tentent de remettre en cause les faits sur lesquels l'expert s'est fondé. Ces faits sont non seulement corroborés par l'appréciation faite par le Procureur, mais cette appréciation est également conforme aux déclarations des trois soignants qui ont vu B.X.\_\_\_\_\_ durant la période à prendre à considération. Aucune de ces trois personnes n'a fait état d'un quelconque signe dans le comportement de l'intéressée laissant suspecter la consommation d'une substance autre que le cannabis. Au contraire, selon les déclarations concordantes de M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, B.X.\_\_\_\_\_ se portait bien et avait même eu des échanges avec eux durant le repas du soir dont ils se souviennent comme étant de qualité. L.\_\_\_\_\_ avait certes constaté, avant le repas, que B.X.\_\_\_\_\_ avait les yeux rouges, mais il en a inféré qu'elle avait peut-être consommé du cannabis, mais pas une drogue dure à son avis dans la mesure où il n'avait détecté aucun signe d'une telle consommation. L.\_\_\_\_\_ a ensuite déclaré que la période postérieure au repas s'était déroulée dans le calme, puis que la

surveillance du service avait été reprise à 20h00 par N.\_\_\_\_\_, à laquelle il avait évoqué la possible consommation de cannabis. Enfin, N.\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus remarqué à aucun moment un comportement anormal de la part de B.X.\_\_\_\_\_.

Dans ces conditions, le premier argument des recourants (cf. consid. 4.1 supra) doit être rejeté.

**4.3.6** Quant à la conclusion de l'expert judiciaire selon laquelle B.X.\_\_\_\_\_ aurait ingéré l'intégralité de la méthadone ayant causé son décès aux alentours de minuit - l'effet sédatif de la méthadone combiné avec les benzodiazépines ayant inhibé les réflexes de protection et rendu possible une aspiration mortelle du vomi dans les bronches et un tel enchaînement de circonstances ne se produisant pas plusieurs heures après la prise de méthadone, mais dans un laps de temps de une à deux heures -, il ne s'agit que d'une hypothèse présentée comme telle afin de tenter d'élucider le cours des événements. Au demeurant, le fait que L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ n'aient pas détecté de signes d'une consommation de produits autres que le cannabis susceptibles de mettre en danger leur patiente plaide effectivement en faveur d'une ingestion de méthadone après que B.X.\_\_\_\_\_ a regagné sa chambre. Toutefois, et contrairement à ce que soutiennent les recourants, cette hypothèse est sans portée pour déterminer si le personnel en cause a violé une règle de prudence, puisqu'à aucun moment de la journée et de la soirée celui-ci n'a décelé ou ne pouvait déceler une consommation par la patiente de produits nécessitant, à dire d'expert, un contrôle ou une surveillance. Le second argument des recourants (cf. consid. 4.1 supra) doit ainsi également être rejeté.

**4.3.7** Les deux arguments invoqués par les recourants étant sans fondement, il n'existe aucune raison de mettre en doute, respectivement d'écarter l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. Sa conclusion selon laquelle, en présence seulement d'un soupçon vague de consommation de cannabis, les règles de l'art n'obligeaient pas le personnel infirmier - à savoir L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ - à mettre en œuvre des mesures de

contrôle ou de surveillance sur la personne de B.X.\_\_\_\_\_ ni à alerter pour ce motif le médecin de garde, le Dr P.\_\_\_\_\_, soit qu'aucun manquement ne saurait leur être imputé, doit par conséquent être confirmée.

C'est donc à tort que les recourants soutiennent que le principe *in dubio pro duriore* a été violé et que l'accusation devait être engagée contre l'infirmière N.\_\_\_\_\_ et le Dr E.\_\_\_\_\_. Comme exposé ci-dessus, il n'existe aucun soupçon justifiant une mise en accusation de ces personnes. Une condamnation de N.\_\_\_\_\_ et du Dr E.\_\_\_\_\_, comme du reste une condamnation des infirmiers non visés par le recours, pour homicide par négligence au sens de l'art. 117 CP peut être exclue avec une vraisemblance confinant à la certitude, la première condition de la violation d'une règle de l'art médical ou plus généralement d'une règle de prudence n'étant pas remplie.

**5.** Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance entreprise confirmée.

Les frais de la procédure de recours, par 3'630 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront mis à la charge des recourants, qui succombent (art. 428 al. 1 CPP), à parts égales et solidairement entre eux (art. 418 al. 1 et 2 CPP).

Par ces motifs,  
la Chambre des recours pénale  
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance du 28 février 2019 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 3'630 fr. (trois mille six cent trente francs), sont mis à la charge de C.X.\_\_\_\_\_, D.X.\_\_\_\_\_.

E.X.\_\_\_\_\_ et F.X.\_\_\_\_\_, à parts égales et solidairement entre eux.

**IV.** L'arrêt est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alain Dubuis, avocat (pour C.X.\_\_\_\_\_, D.X.\_\_\_\_\_, E.X.\_\_\_\_\_ et F.X.\_\_\_\_\_),
- Me Pascal Nicollier, avocat (pour la Fondation K.\_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :