

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 17 novembre 2023

Composition : Mme BYRDE, présidente
Mmes Fonjallaz et Elkaim, juges
Greffière : Mme Vanhove

* * * * *

Art. 117 CP ; 318 et 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 15 mai 2023 par **B.A.**_____ et **C.A.**_____ contre l'ordonnance de classement rendue le 2 mai 2023 par le Ministère public central dans la cause n° **PE21.021218-SRB**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. **a)** B.A._____ et C.A._____ étaient les parents de A.A._____, née le [...] 2001 et décédée le 7 décembre 2021.

Des divers rapports médicaux versés au dossier (cf. P. 14), il ressort que A.A._____ présentait notamment un trouble dépressif

récurrent, une personnalité émotionnellement labile de type borderline, ainsi qu'un syndrome de Münchhausen.

En raison de ces troubles, A.A._____ pouvait se mettre en danger, notamment en arrêtant sa médication, en la prenant de manière irrégulière ou en commettant des tentatives de suicide (Rapport du 04.10.21 de la Dre [...] ; P. 14).

Elle a d'ailleurs été hospitalisée en milieu psychiatrique à de nombreuses reprises.

L'Institution de [...], dans laquelle A.A._____ a été prise en charge, a décrit celle-ci d'« *erratique* », la prénommée ayant présenté de nombreuses ruptures de suivi, ainsi que des multiples consultations médicales (*ibidem*).

La jeune femme a également été hospitalisée à plusieurs occasions à l'Hôpital psychiatrique de V._____, dans des contextes de passages à l'acte auto-agressifs et consommations de toxiques (P. 14). En effet, dans le courant de l'année 2020, A.A._____ a effectué cinq séjours dans cet hôpital (du 28 février au 16 mars, du 12 au 25 mai, du 21 août au 2 septembre, du 25 au 29 octobre et enfin du 31 décembre 2020 au 6 janvier 2021) afin d'augmenter « *l'étayage soignant dans le cadre d'idées suicidaires* » (P. 12/2), manifestées, respectivement concrétisées, durant cette période, par plusieurs tentatives de suicide.

Pour les mêmes motifs, durant l'année suivante, en 2021, A.A._____ a également effectué, jusqu'à la fin du mois d'août 2021, huit séjours dans ce même établissement psychiatrique (18 au 20 février, 21 au 23 février, 24 au 25 avril, 1^{er} au 7 mai, 13 au 16 mai, 20 au 26 mai, 30 mai au 2 juin 2021, 25 au 29 août 2021).

En octobre 2021, A.A._____ a à nouveau été hospitalisée à deux reprises à l'Hôpital psychiatrique de V._____, d'abord au cours d'une première période allant du 6 au 10 octobre 2021, sous placement à des fins d'assistance (ci-après : PAFA) médical pour « *mise à l'abri d'un abus médicamenteux* » après une dernière tentative de suicide survenue le 1^{er} octobre 2021 par « *tentamen médicamenteux avec intoxication au paracétamol* » (dossier médical, sous fiche de séquestre n°1728, P. 18), puis du 20 au 24 octobre 2021, sur la base d'une admission volontaire ; A.A._____ avait alors exprimé des « *idées suicidaires (mais souhaitait) l'hospitalisation parce qu'elle sait qu'ici elle peut demander de l'aide et se sent en sécurité à l'hôpital (...) sans scénario précis actuellement* » mettant à ce moment-là ses intentions funestes sur le compte d'une grossesse qui sera infirmée plus tard par des examens médicaux (P. 18).

Durant ce dernier séjour, la Justice de paix du district de Nyon a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'institution provisoire d'une curatelle de portée générale à l'endroit de A.A._____ en date _____ du 21 octobre 2021 (décision confirmée par ordonnance du 28 octobre 2021 ; P. 11/4 et 13).

Deux jours après sa dernière sortie de l'Hôpital psychiatrique de V._____ (le 24 octobre 2021), A.A._____ - n'acceptant pas les mesures civiles prises à son endroit et convaincue d'être enceinte malgré les résultats médicaux négatifs - s'est présentée le 26 octobre 2021 au Service psychiatrique de P._____ faisant état « *d'une idéation suicidaire par ingestion de paracétamol ou par saut sous le train* ». L'évaluation psychiatrique n'a toutefois pas conduit à une nouvelle hospitalisation (P. 18).

Le 2 novembre 2021, A.A._____ a été derechef hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique de V._____, dans l'attente d'une place en foyer. En effet, à la suite du signalement de son frère et de son curateur, elle a fait l'objet d'un PAFA, ordonné à titre d'extrême urgence, le 2 novembre 2021, par la Justice de paix du district de Nyon (décision confirmée par

ordonnance de mesures provisionnelles du 17 novembre 2021 ; P. 11/2 et 11/3).

Dans un rapport du 10 novembre 2021, les Drs D._____ et F._____, médecins au sein de l'Hôpital psychiatrique de V._____, ont indiqué à la Justice de paix que A.A._____ ne présentait aucun passage à l'acte auto-agressif ni aucun trouble du comportement. Elle ne présentait pas non plus d'idées suicidaires (P. 14).

L'Hôpital psychiatrique de V._____ a ensuite émis cinq « avis de fuite » durant le séjour de A.A._____, soit les 11, 18, 27 et 29 novembre 2021, ainsi que le 1^{er} décembre 2021. Au retour de sa fugue du 18 novembre 2021, B.A._____ a rapporté à l'équipe soignante que « *sa fille était allée vers les chemins de fer* ». Quant à A.A._____, elle a contesté, lors de l'entretien d'évaluation, avoir voulu mettre fin à ses jours, rapportant ne pas être allée en direction de la voie ferrée « *pour se tuer* » et « *ne pas avoir d'idées suicidaires* », et précisant enfin qu' « *elle serait capable de venir* » vers l'équipe soignante « *avant de se faire du mal* » (cf. P. 18).

Dans un courriel du 28 novembre 2021 adressé à la Justice de paix du district de Nyon, à l'assistante sociale du CHUV, ainsi qu'au curateur de A.A._____, B.A._____ et C.A._____ ont demandé le transfert de leur fille à l'Hôpital de P._____, soulignant notamment le fait qu'elle avait beaucoup « *régressé* », mélangeait ses médicaments avec du cannabis et rapportait des consommations sur le site de produits illicites bien plus dangereux (ecstasy et médicaments sniffés) (P. 11/5).

Le 3 décembre 2021, A.A._____ a bénéficié d'un congé pour se rendre au domicile de sa mère, entre 10 heures et 17 heures.

Le 7 décembre 2021, vers 13h15, A.A._____ a mis fin à ses jours en se plaçant sur les voies de chemin de fer à V._____ (cf. P. 15).

Le même jour, le Ministère public de l'arrondissement de La Côte a décidé de l'ouverture d'une instruction pénale. Le 14 décembre 2021, il a transmis le dossier au Ministère public central (ci-après : le Ministère public).

b) Le 6 janvier 2022, B.A._____ et C.A._____, par leur conseil, ont déposé plainte pour homicide par négligence à l'encontre de toute personne que l'enquête pourrait révéler comme responsable du décès de leur fille, et ont demandé à participer à la procédure en qualité de parties plaignantes, sans toutefois chiffrer leurs prétentions civiles.

A l'appui de leur plainte, ils ont en substance reproché à l'hôpital le fait que leur fille ait pu librement sortir de l'hôpital alors même qu'elle faisait l'objet d'un placement à des fins d'assistance et qu'elle était connue pour un trouble borderline et des tentatives de suicide. En outre, ils ont indiqué avoir informé le personnel médical du fait que leur fille consommait du cannabis, ce qui augmentait les risques de tentative de suicide en raison de son trouble psychiatrique. Selon eux, rien n'aurait été entrepris pour empêcher leur fille de quitter l'établissement ou pour la surveiller plus fréquemment afin d'éviter qu'elle consomme des stupéfiants.

c) Entre le 18 mars 2022 et le 30 mars 2022, plusieurs personnes ont été auditionnées par la police en qualité de personnes appelées à donner des renseignements (cf. PV aud. 2 à 4).

ca) Le 18 mars 2022, la Dre D._____, médecin chef de clinique adjoint, au sein de l'Hôpital psychiatrique de V._____, a notamment déclaré que la patiente était tout à fait collaborante, qu'elle n'avait jamais présenté des idées suicidaires, ni commis d'actes d'auto-agression ou de scarifications lors de cette hospitalisation. Elle a également indiqué que le risque de fugue n'était pas associé à un risque suicidaire (cf. PV aud. 2).

cb) Le 18 mars 2022, le Dr F._____, médecin assistant au sein de l'Hôpital psychiatrique de V._____, a notamment indiqué ne pas avoir objectivé chez sa patiente de décompensation psychique lors de son dernier séjour dans cet hôpital. Il a exposé qu'il « *n'y avait pas de limitation physique de déplacement* » et qu'il était demandé aux patients de respecter le périmètre de l'hôpital, voire un périmètre plus limité selon les cas de figures. Il a précisé : « *[n]ous travaillons avec la collaboration et la confiance instaurée entre le personnel soignant et le patient* ». Quant au risque de fugue, il n'était pas associé à un risque suicidaire, la patiente affirmant ne pas avoir d'idées suicidaires (cf. PV aud. 3).

cc) Le 30 mars 2022, L._____, infirmier-chef en unité de soin, a indiqué que la « *cadre unité* » correspondait au cadre dans lequel il était demandé au patient de rester dans son unité de soin. Il a indiqué qu'il pensait que cette limitation était liée à une fugue de A.A._____, qui avait déjà fugué par le passé pour rejoindre son petit-ami. Par ailleurs, d'après ses souvenirs, la prénommée n'avait pas verbalisé d'idées suicidaires lors de son dernier séjour hospitalier (cf. PV aud. 4).

d) Dans son rapport d'autopsie du 1^{er} septembre 2022, le Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML) a conclu que le décès de A.A._____ était consécutif aux lésions traumatiques extrêmement sévères subies de l'ensemble du corps, nécessairement mortelles à brève échéance, en présence d'une imprégnation à la MDMA et à plusieurs médicaments (neuroleptique, antiépileptiques, benzodiazépine, antidépresseur). Le CURML a notamment ajouté que la concentration de MDMA, déterminée dans le sang (740 µg/l), était indicatrice d'une prise de MDMA peu de temps avant le décès. Quant aux concentrations mesurées dans les cheveux de MDMA et de MDA, elles étaient indicatrices d'une consommation habituelle de MDMA dans les 4 à 5 mois précédant le décès. Par ailleurs, la concentration de fluvoxamine – provenant de l'antidépresseur Floxyfral® - , déterminée dans le sang (2100 µg/l), se situait au-dessus de la fourchette des valeurs thérapeutiques, dans la fourchette des valeurs toxiques et

dans la fourchette des valeurs observées lors de décès liés à une prise excessive de fluvoxamine.

e) B.A._____ et C.A._____ ont tous deux été entendus le 16 juin 2022 par la procureure en qualité de personnes appelées à donner des renseignements.

ea) B.A._____ a émis plusieurs critiques s'agissant de la prise en charge de sa fille à l'Hôpital de V._____. A cet égard, elle a notamment relevé le manque de disponibilité des infirmiers, la mauvaise distribution des plateaux repas, le fait que sa fille n'était pas assez encadrée sur place, en ce sens qu'elle pouvait quitter l'hôpital sans surveillance, et qu'elle pouvait se procurer des stupéfiants sur le site de l'hôpital, ce qu'elle avait d'ailleurs signalé le 30 novembre 2021 (cf. PV aud. 5).

eb) Pour sa part, C.A._____ a notamment relaté des difficultés de communication avec le personnel de l'hôpital « *tout le temps en colloque* » et le fait qu'il avait avisé celui-ci de divers problèmes, de fugues de sa fille, ainsi que de consommations de produits stupéfiants sur le site, sans résultat (cf. PV aud. 6).

f) Le 13 octobre 2022, G._____, petit-ami de feu A.A._____, a été entendu par la police en qualité de personne appelée à donner des renseignements (cf. PV aud. 7). Il a notamment exposé avoir appris, dans la matinée du 7 décembre 2021, qu'il allait devoir être transféré ce jour-là de cet hôpital à l'Hôpital de P._____ et qu'il pensait que cette nouvelle avait pu être très compliquée à « *apprendre* » pour A.A._____. Celle-ci lui aurait fait « *comme chaque fois* » du chantage au suicide par message s'il ne venait pas la voir, ce qu'il n'aurait pas pris au sérieux. Enfin, il a indiqué avoir reçu lors de son transfert un message de A.A._____ lui disant : « *dans 5 minutes, je vais me suicider* ». S'agissant de la consommation de stupéfiants de A.A._____, G._____ a indiqué qu'elle fumait de la marijuana, mais qu'il pensait qu'elle prenait « *d'autres choses* ».

g) Le 20 octobre 2022, la Dre D. _____ a été entendue par la procureure (cf. PV aud. 8). Elle a notamment déclaré ce qui suit :

« [...].

Comment s'est déroulée la prise en charge de A.A. _____ ?

C'était une hospitalisation qui s'est d'une manière générale bien passée. On avait des entretiens médecin/infirmier ainsi que des entretiens seulement avec les infirmiers. On faisait aussi des activités hospitalières comme la physiothérapie et l'ergothérapie. Elle était sous médication. Quand elle est arrivée elle avait un cadre hospitalier, donc elle était libre de circuler sur l'unité et sur le site hospitalier. A partir du 27 novembre 2021, elle est passée à un cadre unité. Elle pouvait circuler librement dans l'unité, mais ne devait pas en sortir. L'unité n'était pas fermée. Pour vous répondre, on faisait des observations cliniques, mais on ne pouvait pas bloquer la patiente pour l'empêcher de sortir de l'unité. Vous me demandez s'il est possible d'empêcher physiquement quelqu'un de sortir de l'unité. Je vous réponds que oui, dans des cas très spécifiques et circonstanciés. Il y a un bouton dans l'unité que l'infirmier peut pousser et la porte se ferme automatiquement. On ferme une unité dans des circonstances cliniques très spécifiques. C'est circonstancié et transitionnel. Pour vous donner un exemple, lorsqu'un patient a des idées suicidaires très actives et envahissantes et qu'il dit qu'il va se suicider sur le moment, on peut décider de fermer l'unité. Ce n'est pas le seul moyen que nous avons à disposition, mais c'est un des moyens. Si tous les autres moyens n'ont pas suffi, à ce moment-là on peut fermer l'unité. La décision de fermer l'unité n'est pas prise par moi, c'est mon cadre qui le décide. La durée dépend de la situation, cela peut aller de quelques heures à plus d'une journée. Cela s'évalue tous les jours. Vous me demandez si cela arrive fréquemment, je vous réponds que cela arrive très rarement.

Vous êtes-vous posé la question de fermer l'unité pour A.A. _____ ?

Non, dans la situation de A.A. _____, il n'y avait pas de raison de fermer l'unité.

Comment s'est déroulée l'hospitalisation de A.A. _____ du 2 novembre au 7 décembre 2021 ?

L'hospitalisation s'est bien passée. Elle n'a jamais verbalisé d'idées suicidaires, ni d'envie de se scarifier. Cliniquement, elle était stable.

[...].

Que saviez-vous de la consommation de produits stupéfiants de A.A. _____ ?

Le 27 novembre 2021, la patiente avait fugué et nous avions une suspicion de consommation de stupéfiant. C'est dès cet instant que nous avons su. Le 29 novembre 2021, elle nous a avoué qu'elle avait consommé du cannabis. Dès le 27 novembre 2021, nous lui avons proposé de faire des Uritox, soit des prises d'urines pour déterminer si elle consommait, et si oui, quelles substances. Elle a toujours refusé. Je précise que jusqu'au 29 novembre 2021, elle a nié toute consommation. Le 27 novembre 2021, nous avons procédé à une fouille et n'avons rien trouvé. [...].

Durant toute son hospitalisation au sein de l'hôpital, avez-vous pu observer qu'elle se trouvait sous l'effet de produits stupéfiants ?

Non.

Savez-vous si A.A. _____ pouvait consommer du MDMA ?

Non, je ne sais pas. Ça n'a jamais été évoqué et elle n'a pas présenté de comportements qui pouvaient faire penser à ça, selon moi. [...].

S'agissant des fugues de A.A. _____, était-ce quelque chose qui vous inquiétait ?

Non, parce que lors de toutes les évaluations que nous avons faites, elle était stable et ne verbalisait pas d'idées suicidaires, elle n'avait pas fait de tentamen ni de scarification durant cette hospitalisation. Elle revenait de fugues. Vous me demandez si nous avons des discussions particulières au sujet des fugues. Je vous réponds qu'on essayait de la convaincre qu'il était important qu'elle reste. Nous essayions de créer un lien thérapeutique.

A quelle fréquence les évaluations des idées suicidaires étaient-elles effectuées ?

A chaque entretien avec moi, soit deux ou trois fois par semaine. Le médecin-assistant, soit le Dr F. _____, s'en chargeait également, parfois en même temps que moi, parfois de manière autonome. Je ne peux pas vous répondre exactement quant à la fréquence. Vous me demandez si j'ai objectivé un risque de passage à l'acte. Je vous réponds que jamais.

Dans votre audition du 18 mars 2022, vous avez indiqué que A.A. _____ n'avait jamais présenté des idées suicidaires lors de son dernier séjour (PV 2, D. 10). Or, son petit-ami, G. _____, a notamment déclaré qu'elle faisait souvent des menaces de suicide

et qu'il avait reçu un message le 7 décembre 2021 au matin dans lequel A.A._____ lui disait « dans 5 minutes, je vais me suicider » (PV 7, d 5). Comment vous déterminez-vous ?

Je ne savais rien de ce message. Je peux vous dire que je l'ai évaluée le 7 décembre 2021 pendant environ 20 à 30 minutes, jusque vers 11h30 environ. Lors de cette évaluation, elle n'a jamais dit avoir d'idées suicidaires et je n'ai pas pu objectiver de risque suicidaire. Elle a nié avoir des idées suicidaires. Pour vous répondre, je lui ai formellement posé la question.

Comment était A.A._____ le matin du 7 décembre 2021 et la veille ?

Je n'ai pas constaté de changement dans le comportement de A.A._____ les jours précédant le 7 décembre 2021, ni le 7 décembre 2021 au matin. Elle était tranquille et stable comme d'habitude. Je n'ai rien noté de particulier.

Il ressort de l'audition de G._____ du 13 octobre 2022 (PV aud. 7) qu'il était hospitalisé à l'Hôpital de V._____ jusqu'au 7 décembre 2021, date à laquelle il a été transféré pour l'Hôpital de P._____. Dans ce contexte, est-ce que des mesures particulières ont été prises pour encadrer A.A._____ par rapport à l'éloignement de son petit-ami ?

Non. Je savais que le petit-ami de A.A._____ était hospitalisé à V._____ et qu'il serait transféré à l'Hôpital de P._____ le 7 décembre 2021. Nous n'avons pas changé le cadre, ni fait quelque chose de particulier à ce sujet. Lors de mon entretien du 7 décembre 2021 avec A.A._____, nous avons abordé la problématique relative au fait qu'elle rejoignait son petit-ami dans sa chambre, ce que nous n'acceptons pas. Nous n'avons en revanche pas abordé la question de son transfert le jour-même. Lors d'un colloque le matin, nous avons discuté de l'éventualité d'un transfert de G._____, mais rien n'était encore sûr à ce sujet. Cela dépendait des places disponibles. Lors de mon entretien avec A.A._____, j'ignorais que le transfert de G._____ avait été décidé. [...]. ».

h) Le 25 octobre 2022, le Dr F._____ a été entendu par la procureure en qualité de personne appelée à donner des renseignements (cf. PV aud. 9). A cette occasion, il a notamment tenu les propos suivants :

« [...].

La question de fermer l'unité pour A.A._____ a-t-elle été examinée ?

Il n'y avait pas de critères de fermeture de l'Unité qui suit des critères précis. C'est toujours le médecin-cadre qui décide de la fermeture de l'Unité. La raison principale est la présence d'une urgence suicidaire, soit d'idées suicidaires scénarisées avec un moyen suicidaire disponible et que la fermeture de l'Unité empêche directement l'accès au moyen suicidaire, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, puisque la patiente n'a jamais mentionné d'idées suicidaires et, au contraire, a verbalisé ne pas en avoir.

De quelle manière procédez-vous à l'évaluation d'un risque suicidaire ?

Nous utilisons un outil commun au Réseau romand de psychiatrie qui s'appelle « Aide à l'évaluation clinique du potentiel suicidaire ». Il s'évalue selon trois points : urgence, danger et risque (UDR). L'urgence c'est la présence d'idées suicidaires et si elles sont scénarisées. Le danger c'est, en cas de scénario suicidaire, l'accessibilité directe à ce moyen suicidaire. Je vous donne un exemple : si un patient a des idées suicidaires scénarisées par arme à feu, dans le point danger, on évalue s'il peut avoir accès à une arme à feu (oui ou non). Le risque est plutôt les facteurs épidémiologiques, protecteurs et précipitants. C'est-à-dire s'il y a eu notamment des antécédents de tentatives de suicide, s'il y a l'existence d'une maladie psychiatrique.

Pour vous répondre, pour Mme A.A._____, le risque était faible. Au niveau de l'urgence, elle n'a pas évoqué d'idées suicidaires, au niveau du danger, par extension, il n'y avait pas de scénario suicidaire et pour le risque épidémiologique, il y a des antécédents de tentatives de suicide, ainsi qu'un trouble de la personnalité de type borderline. L'évaluation est faite de manière régulière et systématiquement à l'entrée de chaque patient. A chaque entretien avec le patient ou presque nous réévaluons s'il existe un risque suicidaire. Pour vous répondre, nous faisons ces évaluations les deux, la Dre D._____ et moi, soit chacun séparément, soit ensemble. Je précise que dans tous les cas les évaluations étaient discutées en équipe. S'agissant de la fréquence, nous procédions au minimum à trois entretiens médicaux-infirmiers par semaine. Le risque suicidaire était donc évalué trois fois par semaine. Vous me demandez s'il pouvait y avoir des entretiens supplémentaires notamment par exemple lors des retours de fugue de Mme A.A._____. Je vous réponds que oui, lors des retours de fugue, nous procédions également à une évaluation du risque suicidaire.

[...].

Que saviez-vous de la consommation de produits stupéfiants de A.A._____ ?

La patiente nous a avoué avoir consommé du cannabis lors de l'hospitalisation. La patiente a toujours nié avoir consommé d'autres substances. Nous lui avons demandé lors de l'hospitalisation d'effectuer un test urinaire de recherche de toxique mais la patiente a refusé de se soumettre à ce test. Je n'ai donc pas plus d'information concernant la consommation d'éventuelles autres substances.

Durant toute son hospitalisation au sein de l'hôpital, avez-vous pu observer qu'elle se trouvait sous l'effet de produits stupéfiants ?

Je n'ai pas le souvenir de l'avoir vu personnellement dans un état qui m'aurait fait suspecter une prise de toxique mais l'équipe infirmière a effectivement objectivé à plusieurs reprises que la patiente semblait sous l'imprégnation de toxiques avec la suspicion de consommation de cannabis.

Savez-vous si A.A._____ consommait du MDMA ?

Je n'ai et n'avais pas cette information. Vous m'informez qu'il ressort du rapport d'autopsie que A.A._____ avait une consommation régulière de MDMA durant les cinq derniers mois et qu'elle en avait consommé peu de temps avant le décès. Je n'étais pas au courant de cela.

[...]

Est-ce que la prise des médicaments était contrôlée de manière stricte ou non au sein de l'hôpital ?

Sauf erreur, l'administration des médicaments est faite par les infirmiers au bureau ou devant le bureau des infirmiers. Les patients prennent leurs médicaments devant les infirmiers. La compliance médicamenteuse est difficile à vérifier chez les patients et ceci de manière générale. Vous me demandez si, selon moi, il est possible de stocker des médicaments à V._____. Oui, je pense qu'il est possible de ne pas prendre ses traitements à l'hôpital et de les conserver en utilisant des subterfuges pour masquer son comportement devant les infirmiers. Vous me demandez si en tant que médecin je peux me rendre compte que la personne ne prend pas son traitement (Fluvoxamine) de manière régulière. Je vous réponds que concernant la Fluvoxamine, il me semble difficile de suspecter une non-compliance uniquement sur la présentation clinique.

[...].

S'agissant des fugues de A.A._____, était-ce quelque chose qui vous inquiétait ?

La patiente n'ayant jamais mentionné d'idées suicidaires, la fugue n'était pas inquiétante du point de vue d'un risque suicidaire.

Vous indiquez que la patiente n'a jamais mentionné d'idées suicidaires, or, son petit-ami, G._____, a notamment déclaré qu'elle faisait souvent des menaces de suicide et qu'il avait reçu un _____ message le 7 décembre 2021 au matin dans lequel A.A._____ lui disait « dans 5 minutes, je vais me suicider » (PV 7, d 5). Comment vous déterminez-vous ?

Je n'ai pas cette information et je précise que je ne travaillais pas ce jour-là. Vous me demandez si ce type de message ou d'information vous est parvenu à d'autres moments de l'hospitalisation de A.A._____. A mon souvenir, à un moment donné durant l'hospitalisation, le personnel infirmier a reçu un appel téléphonique du père de la patiente ou de sa mère, je ne me souviens plus exactement, qui disait que leur fille avait été proche des rails du train et qu'ils étaient inquiets. Par la suite, ma cheffe de clinique, le Dre D._____ ou l'équipe infirmière, a appelé la patiente sur son téléphone. Il s'est avéré que la patiente était en présence de sa maman et la Dre D._____ a fait un entretien médical-infirmier avec la patiente et sa maman. Lors de cet entretien, la patiente a nié fermement avoir des idées suicidaires, ce qui a aussi été entendu par sa maman. Dans ce cas précis, lorsqu'il y avait une notion d'idée suicidaire, cela a été pris très au sérieux et il a été procédé à une recherche active de la patiente, puis un entretien auquel je n'étais pas présent.

[...]. ».

i) L'outil d'aide à l'évaluation clinique du potentiel suicidaire (« UDR »), a la teneur suivante :

Aide à l'évaluation clinique du potentiel suicidaire (UDR)														
Urgence Rencontrer la personne et parler du processus suicidaire														
L'évaluation temporelle des pensées et des mises en acte suicidaire* permet de faire émerger au travers de la narration les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (gestes, achats, repérages de lieux, lettre, etc...), afin de comprendre l'évolution et la dynamique du processus suicidaire. Elle se fait en quatre étapes : 1.- les idées et conduites suicidaires (ICS) ayant motivé la consultation (voir plus bas pour les « suicidants ») 2.- les ICS récentes (au cours des 2 derniers mois) 3.- les ICS passées 4.- les ICS immédiates et futures <u>Principaux aspects à approfondir auprès d'un suicidant :</u> <table border="0"> <tr> <td>Méthode utilisée (moyen, contexte du lieu)</td> <td>Regret du geste accompli</td> <td>Hallucinations associées au geste</td> </tr> <tr> <td>Contexte des mesures de secours</td> <td>Prise de conscience de la gravité du geste</td> <td>Impulsivité</td> </tr> <tr> <td>Degré d'intentionnalité</td> <td>Facteurs précipitants</td> <td>Compréhension / interprétation du geste</td> </tr> <tr> <td>Préparatifs</td> <td>Substances associées au geste</td> <td></td> </tr> </table> * : « Évaluation du potentiel suicidaire », S.C. Shea, 2008			Méthode utilisée (moyen, contexte du lieu)	Regret du geste accompli	Hallucinations associées au geste	Contexte des mesures de secours	Prise de conscience de la gravité du geste	Impulsivité	Degré d'intentionnalité	Facteurs précipitants	Compréhension / interprétation du geste	Préparatifs	Substances associées au geste	
Méthode utilisée (moyen, contexte du lieu)	Regret du geste accompli	Hallucinations associées au geste												
Contexte des mesures de secours	Prise de conscience de la gravité du geste	Impulsivité												
Degré d'intentionnalité	Facteurs précipitants	Compréhension / interprétation du geste												
Préparatifs	Substances associées au geste													
Danger Parler de l'accessibilité au(x) moyen(s) et du(es) scénario(s) présent(s) ET passé(s)														
Il s'agit surtout d'évaluer avec précision l'accessibilité directe et immédiate à un moyen de se suicider en questionnant ouvertement la personne suicidaire sur ses intentions, tel que : médicaments, arme à feu, corde, etc. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'intervenir sur le(s) moyen(s) afin de faire diminuer le danger. (p.ex. : faire appel à la police pour retirer une arme à feu, retirer les médicaments non nécessaires) ce en toute transparence et en accord avec la personne.														
Risques actuels Faire émerger les facteurs précipitants et identifier les signaux d'alerte														
Facteurs précipitants (non exhaustifs) : Pertes réelles ou ressenties (décès, divorce, rupture affective, emploi...), Échecs (professionnels, scolaires, projets personnels), Humiliation, violence (scolaire, publique...), Conflit interpersonnel, Diagnostic d'une maladie mentale, Diagnostic d'une maladie mortelle ou gravement handicapante, Difficultés financières, Accès à une arme à feu, Tentative de suicide ou suicide d'un proche, Isolement social, Privation de liberté, Hallucination impérieuse, sensation d'être contrôlé par un autre, préoccupation religieuse, ...	Signaux d'alerte : Désespoir, Rage, colère, recherche à se venger, Agir avec imprudence ou se livrer à des comportements à risque, Se sentir piégé (sans porte de sortie), Augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues, Retrait (famille - proches - société), Anxiété, Agitation, Insomnie ou l'hypermnie, Changements d'humeur importants, Plus de raison de vivre (perte de sens et de but dans la vie)													
Risques épidémiologiques et facteurs protecteurs : Rencontrer la personne dans son parcours de vie en identifiant ses facteurs prédisposants et l'ensemble de ses ressources														
Individuels Antécédents suicidaires, Présence et gravité de problème de santé mentale (psychopathologie y.c. addiction), Faible estime de soi, Impulsivité, agressivité, Problèmes somatiques /douleurs chroniques, Orientation sexuelle, et identité de genre atypique, Violence physique, sexuelle, fugue, IVG,...	Facteurs prédisposants (non exhaustifs) : Familiaux Violence, abus physique, psychologique ou sexuel, Relation conflictuelle avec les parents /enfants, Négligence de la part des parents /enfants, Conflits avec le partenaire, conflits familiaux, Comportements suicidaires chez un parent/enfant/conjoint, Problèmes de santé mentale d'un parent/enfant/conjoint, ...	Psychosociaux Difficultés économiques persistantes, Isolement social et affectif, Séparation, rupture, perte, deuil, Placement foyer / institution / EMS / détention, Difficultés scolaires, professionnelles, retraite, Effet de contagion à la suite d'un suicide, Problèmes d'intégration sociale, migration, déménagement, ...												
Facteurs protecteurs Stratégies d'adaptation déjà utilisées - Famille, proches - Relation interpersonnelle stable et soutenante - Réseau de soins - Vivre en couple - Avoir la foi, croyance - Avoir des projets - Pouvoir exprimer et communiquer ses inquiétudes angoisses - ...														
Recommandation :														
<u>Urgence suicidaire:</u> La personne envisage clairement un scénario (où, comment) Le moyen envisagé dans le scénario est accessible et avec une létalité importante (p. ex. : une arme à feu) Présence et intensité de facteurs précipitants et des signaux d'alerte Diminution de la peur de la mort et/ou augmentation de la tolérance de la souffrance physique	En cas d'urgence suicidaire, l'intervenant doit mettre en place une intervention, idéalement en toute transparence et en partenariat avec la personne suicidaire. L'urgence suicidaire nécessite une réponse individualisée. Les éléments perturbateurs, la qualité relationnelle, la présence d'une maladie psychiatrique, seront également intégrés dans la réflexion. L'appel à un regard tiers, en présence ou par téléphone, devrait précéder toute prise de décision.													

j) Le 26 octobre 2022, L._____ a été entendu par la procureure en qualité de personne appelée à donner des renseignements (cf. PV aud. 10). Il a notamment exposé ce qui suit :

« [...]

Comment s'est passé l'hospitalisation de A.A._____ aux mois de novembre et décembre 2021 ?

L'hospitalisation s'est bien passée dans le sens où il n'y a pas eu de contexte de crise pendant l'hospitalisation. [...].

Que saviez-vous de la consommation de produits stupéfiants de A.A. _____ ?

Je savais qu'il y avait des antécédents de consommation de produits stupéfiants. Je n'ai pas eu la notion, qu'au moment des faits, cette problématique était présente.

Durant toute son hospitalisation au sein de l'hôpital, avez-vous pu observer qu'elle se trouvait sous l'effet de produits stupéfiants ?

Je n'ai pas pu observer ça auprès de la patiente. Pour vous répondre, je n'ai pas souvenir si des membres de l'équipe infirmière l'ont observé.

Quand l'équipe infirmière observe quelque chose de particulier, ce sont des informations qui vous sont remontées en tant qu'infirmier chef ?

Cela dépend du type d'information. Si cette question est en lien avec votre question précédente, la consommation de produits stupéfiants sera remontée au médecin. Il peut en outre être convenu de réaliser un test urinaire.

Savez-vous si A.A. _____ pouvait consommer du MDMA ?

Non. Je n'ai pas eu de notion de cette information.

[...].

De quelle manière se déroulait la prise de médicament par A.A. _____ ?

La prise de médicament se déroulait au niveau de la pharmacie infirmière chaque jour. L'équipe infirmière délivre le traitement médicamenteux. Il y a une double vérification du traitement prescrit. Le traitement est délivré de manière individuelle, en vérifiant la prise effective du traitement. A la suite, il y a une vérification de l'apparition des effets secondaires, cela fait partie du processus de traitement médicamenteux. Vous me demandez s'il est possible pour un patient de ne pas réellement prendre son traitement pour le stocker. Je vous réponds que c'est possible et qu'en cas de doute un dosage plasmatique de la molécule en question peut être réalisée sur prescription médicale. Pour vous répondre, je n'ai pas souvenir si A.A. _____ a eu un tel dosage. Vous me demandez comment la vérification effective se passe concrètement. Quand on n'a pas de doute dans un premier temps, cela se base sur la relation de confiance. Le

médicament est pris accompagné d'un verre d'eau et toujours dans une relation individuelle patient-soignant en face à face. Il se peut que le patient dissimule le traitement sous sa langue mais avale l'eau. Ce n'est pas toujours constaté, il peut y avoir un doute sur la prise effective et s'il y a un doute, on peut faire un dosage.

[...].

Comment était A.A._____ le matin du 7 décembre 2021 et la veille ?

Au-delà de l'évaluation médicale qui a été faite de la patiente, le retour que j'ai eu de l'équipe infirmière était de dire que la patiente allait bien. Je n'ai pas eu de contact direct avec la patiente ce jour-là. Selon les informations que j'ai reçues, elle allait bien, elle a même fait de l'humour avec une soignante de l'Unité. L'infirmière qui a participé à l'évaluation médicale de la patiente pendant la matinée a estimé qu'elle allait bien, qu'elle avait une thymie plutôt bonne, qu'elle se projetait dans l'avenir et qu'il n'y avait pas d'éléments d'inquiétudes particulières. [...].

Il ressort de l'audition de G._____ du 13 octobre 2022 (PV aud. 7) qu'il était hospitalisé à l'Hôpital de V._____ jusqu'au 7 décembre 2021, date à laquelle il a été transféré vers l'Hôpital de P._____. Dans ce contexte, est-ce que des mesures particulières ont été prises pour encadrer A.A._____ par rapport à l'éloignement de son petit-ami ?

Des mesures particulières n'ont pas été prises pour encadrer Mme A.A._____ par rapport à l'éloignement de son petit-ami car ce n'étaient pas des informations dont on disposait. [...]. ».

k) Par courrier du 28 avril 2023, agissant dans le délai de prochaine clôture prolongé, B.A._____ et C.A._____ ont requis la mise en œuvre d'une expertise « *médicolégale* », afin d'examiner l'admission et le diagnostic posé par l'Hôpital de V._____, les soins et la médication, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire et la surveillance de la défunte pendant son séjour dans ledit hôpital. En outre, il leur paraissait pertinent d'examiner l'impact qu'aurait pu avoir la consommation de MDMA et l'overdose de fluvoxamine sur la décision de la défunte de passer à l'acte. Enfin, ils ont requis l'audition du Dr K._____, précisant que ce dernier était à même de mentionner ce qu'il avait transmis comme informations à

l'Hôpital de V._____, ainsi que les reproches formulés par sa patiente à l'encontre de cet hôpital.

B. Par ordonnance du 2 mai 2023, le Ministère public central a ordonné le classement de la procédure pénale (I), levé le séquestre portant sur le dossier médical inventorié sous fiche n°1728 et ordonné sa restitution au CHUV (II) et laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (III).

La procureure a tout d'abord rejeté les réquisitions de preuve des plaignants, considérant que tant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire que l'audition du Dr K._____ n'apporteraient pas d'éléments utiles, vu notamment l'absence de violation du devoir de prudence, d'une part, et le fait que les différents rapports médicaux du Dr K._____ se trouvaient dans le dossier médical de la défunte, d'autre part.

Dans un premier temps, la procureure a relevé que l'on ne pouvait pas retenir une violation du devoir de prudence de la part des médecins de A.A._____ - résidant dans le fait de ne pas avoir prévu l'existence d'un risque concret chez celle-ci -, dès lors que le comportement de cette dernière n'était ni prévisible ni reconnaissable. La défunte ne présentait aucun signe de décompensation psychique et aucun élément parlant en faveur d'un risque suicidaire n'avait pu être objectivé ou décelé, bien qu'il ait été périodiquement et régulièrement évalué durant le séjour. Seule une mention de « *risque suicidaire* » figurait au dossier de la patiente, ensuite de l'avis de fuite du 18 novembre 2021, sans que l'évaluation qui s'est ensuivie n'ait montré de signes accrus de risque fatal. Quant au changement de cadre « hôpital » à celui de « l'unité », il n'était pas en rapport avec un risque suicidaire, mais était destiné à « *rétablir un lien thérapeutique* » consécutivement à la fugue du 27 novembre 2021. Le Ministère public a également relevé que les regrettables « *couacs* » survenus dans le cadre de la prise en charge de A.A._____, que ce soit lors de son dernier séjour ou lors de précédentes périodes d'hospitalisation, ainsi que la mauvaise communication à ses proches, ne constituaient pas non plus une violation d'un devoir de

prudence et n'étaient manifestement pas en lien de causalité avec le décès de la jeune femme.

Dans un deuxième temps, la procureure a considéré que, même à retenir l'existence d'une faute s'agissant du cadre dans lequel la défunte était hospitalisée ou du degré de surveillance auquel elle était soumise, il n'était pas possible de tenir pour établi que des mesures de surveillance plus strictes auraient permis d'éviter le décès. En particulier, si elle a questionné les mesures de surveillance en lien avec les modalités de prise des médicaments, ainsi que l'éventuelle accessibilité de produits stupéfiants sur le site de l'hôpital, il n'apparaissait pas, pour la magistrate, que ces éléments soient déterminants pour examiner l'existence d'une faute pénalement répréhensible en lien de causalité avec le décès de A.A._____, dans la mesure où son décès n'était pas dû à une intoxication médicamenteuse ou de stupéfiants, mais à sa collision avec le train. Enfin, la procureure a estimé que les conditions d'un placement en « *soins intensifs* » n'étaient pas données et qu'un tel enfermement aurait d'ailleurs été en contradiction avec la phase d'autonomisation et d'élargissement, concrétisée notamment par le congé du 3 décembre 2021 et l'optique, souhaitée par ses parents, d'une levée de la mesure de PAFA.

C. Par acte du 15 mai 2023, B.A._____ et C.A._____ (ci-après : les recourants) ont interjeté recours contre cette décision. Ils ont conclu, avec suite de frais de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public pour instruction.

Il n'a pas été ordonné d'échanges d'écritures.

En droit :

1.

1.1 Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP (Code de

procédure pénale du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Le recours doit être motivé et adressé par écrit dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP) qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCP [Loi vaudoise d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [Loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

1.2 Interjeté dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP) et dans les formes prescrites (art. 385 CPP), le recours est recevable.

2.

2.1 Invoquant une violation du principe « *in dubio pro duriore* », les recourants se plaignent du fait que l'instruction n'aurait pas su démontrer avec certitude que l'infraction d'homicide par négligence n'avait pas été commise par les médecins garants ou par d'autres employés de l'hôpital et soutiennent que le Ministère public aurait dû procéder à d'autres mesures d'instruction.

A cet égard, ils font notamment valoir que la cause nécessite la mise en œuvre d'une expertise « *médicolégale* » visant à établir le devoir des médecins quant à l'étendue de la prise de connaissance du dossier de la défunte, aux mesures devant être prises suite aux multiples fugues de celle-ci, à l'examen du risque suicidaire auquel il convenait de procéder suite notamment à l'avis de fuite du 18 novembre 2021, aux précautions qu'aurait dû prendre le personnel médical en lien avec la prise de médicament par A.A._____, à l'impact de la cessation de la prise de fluvoxamine sur une certaine durée, à ce qu'a pu provoquer comme effets ressentis la prise excessive de ce médicament, aux mesures à prendre par les médecins afin de prévenir la consommation de produits dangereux (cannabis et MDMA), ainsi que l'impact de ceux-ci sur A.A._____ le jour de son décès. Enfin, ils requièrent l'audition du Dr K._____, se prévalant notamment de

messages échangés avec la recourante dans lesquels le médecin fait notamment état d'un « *manque de surveillance (...) à corriger* » (échange du 12.12.21), ce qui permettrait, selon les recourants, d'avoir une autre vision de la situation que celle des personnes travaillant sur place.

2.2 Aux termes de l'art. 318 al. 1 CPP, lorsqu'il estime que l'instruction est complète, le Ministère public rend une ordonnance pénale ou informe par écrit les parties dont le domicile est connu de la clôture prochaine de l'instruction et leur indique s'il entend rendre une ordonnance de mise en accusation ou une ordonnance de classement. En même temps, il fixe aux parties un délai pour présenter leurs réquisitions de preuves. Le Ministère public peut écarter une réquisition de preuves si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit. Il rend sa décision par écrit et la motive brièvement (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le ministère public peut, de manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1). L'art. 318 al. 3 CPP prévoit expressément que la décision négative du Ministère public sur une requête en complément de preuves n'est en elle-même pas sujette à recours. En revanche, les éléments soulevés en relation avec le rejet des réquisitions de preuves peuvent être appréciés au regard de l'examen du bien-fondé ou non du classement (CREP 22 juillet 2022/562 consid. 2.3, CREP 7 février 2023/92 consid. 3.1.2).

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

La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe « *in dubio pro duriore* ». Ce principe vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement. Il signifie qu'en règle générale, un classement ne peut être prononcé par le Ministère public que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En effet, en cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées). En revanche, le ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (cf. ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

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

suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 12 août 2020/605 et les références citées).

3.

3.1 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 148 IV 39, consid. 2.4.2, ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1 et les réf. citées). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les réf.). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur violation fait présumer la violation du devoir général de prudence (ATF 143 IV 138 consid. 2.1 ; ATF 135 IV 56 consid. 2.1). La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 135 IV 56 consid. 2.1). Par ailleurs, la violation du devoir de prudence doit être fautive, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir reprocher à l'auteur une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 135 IV 56 consid. 2.1; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 et les réf. citées).

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

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

6B_1287/2018

du

11

mars

2019 consid. 1.1).

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

La prévisibilité d'un acte ne suffit pas pour que le résultat puisse être imputé au comportement imprudent de l'auteur. Il faut encore regarder si le résultat aurait pu être évité. Dans ce contexte, on analyse un déroulement causal hypothétique et on examine si, dans l'hypothèse où l'auteur aurait agi conformément à son devoir de diligence, le résultat ne se serait pas produit. Pour que le résultat soit imputé à l'auteur, il suffit que le comportement de ce dernier ou son omission ait, avec un haut degré de vraisemblance, été la cause du résultat (ATF 140 II 7 consid. 3.4 et la référence citée ; TF 6B_1055/2020 précité consid. 4.3.4 et les références citées).

3.2 Dans une affaire similaire (CREP 31 juillet 2018/569), citée dans l'ordonnance attaquée, le médecin cantonal avait été interpellé au

sujet des mesures de protection dans les établissements hospitaliers psychiatriques. Il était exposé que : *« Par changement de culture institutionnelle, les Unités de soins sont systématiquement ouvertes dans le Canton. Par principe, il n'existe dès lors plus, tout au moins dans le Département de psychiatrie du CHUV, d'étages ou d'unités de soins fermés en psychiatrie adulte, sauf situation exceptionnelle. On entend par situation exceptionnelle des circonstances où toutes les chambres de soins intensifs du Département seraient occupées, qu'aucune possibilité de transfert dans un autre établissement ne serait possible, que plusieurs patients poseraient l'indication à être admis dans une chambre de soins intensifs et que le personnel (de nuit par exemple) serait dans l'impossibilité d'intensifier la présence infirmière auprès d'un patient à risque. (...) De manière générale c'est la formation du personnel à des soins personnalisés, tendant à développer au maximum une relation de confiance, et respectant le principe de proportionnalité, qui doit remplacer le plus possible la contention. (...) Les patients admis en CSI (chambre de soins intensifs NDA) sont ceux qui présentent une maladie psychiatrique aiguë, associée à un trouble majeur du comportement, une inaccessibilité aux interventions de soins courants et à la communication, une auto ou hétéro-agressivité, une agitation ingérable, une désinhibition problématique. En cas de grande dangerosité (risque élevé de passage à l'acte), les soignants mobilisent tous leurs savoirs en équipe dans le domaine et font appel aux renforts nécessaires au sein de l'Hôpital ou à la police. ».*

4. En l'espèce, il convient d'examiner si la procureure, en procédant à une appréciation des preuves en présence, était fondée à exclure ou non toute violation fautive du devoir de prudence de la part du personnel soignant de l'Hôpital psychiatrique de V._____ en lien avec le décès de A.A._____.

Tout d'abord, il sied de relever que le risque suicidaire de feue A.A._____ était régulièrement évalué, que soit lors des entretiens médicaux-infirmiers, dont elle bénéficiait trois fois par semaine, ou à l'occasion du retour de ses fugues et ce, selon l'outil d'évaluation à

disposition des médecins « UDR » (cf. PV aud. 9, p. 3 ; cf. *Supra*, Consid. A let. i). En particulier, elle affirmait ne pas avoir d'idées suicidaires, n'avait présenté aucun passage à l'acte auto-agressif ni geste d'automutilation, si bien que le risque a été considéré de faible, y compris en tenant compte des antécédents psychiatriques de l'intéressée et de sa fugue du 18 novembre 2021 (cf. PV aud. 9, p. 3 et 7). Le fait que le Dr F._____ ait déclaré n'avoir connaissance que des derniers éléments inscrits dans le dossier de la patiente n'est pas de nature à remettre en question ce constat, dans la mesure où il ne procédait pas seul aux évaluations (cf. PV aud. 9, p. 3) et où, le 7 décembre 2021, au matin, peu de temps avant son décès, A.A._____ a été évaluée lors d'un entretien avec la Dre D._____, au cours duquel la praticienne n'a pas objectivé de risque suicidaire, la patiente ayant nié avoir des idées suicidaires et ne faisant pas montre d'un changement dans son comportement « *[e]lle était tranquille et stable comme d'habitude* » (cf. PV aud. 8, p. 6). Enfin, à l'exception du 18 novembre 2021, l'entourage de A.A._____ n'a pas mis en évidence de risque de passage à l'acte chez la jeune femme. Dans ces circonstances, il paraît superfétatoire d'ordonner une expertise médicolégale visant à établir le devoir des médecins quant à l'étendue de la prise de connaissance du dossier de la défunte et l'examen du risque suicidaire auquel il convenait de procéder, aucun élément ne permettant de suspecter qu'il ne l'a pas été en conformité avec l'outil « UDR » (cf. *Supra*, Consid. A let. i).

Ensuite, les recourants font valoir que le personnel soignant n'a pas pris les mesures adaptées face aux multiples fugues de leur fille, d'une part et en ce qui concernait sa prise de médicaments et sa consommation de produits dangereux, d'autre part. Toutefois, on relèvera que le personnel de l'hôpital n'est pas resté passif, dans la mesure où il a procédé à un changement d'unité pour « *rétablir un lien thérapeutique* » avec A.A._____ après que celle-ci a admis avoir consommé du cannabis au retour d'une fugue le 27 novembre 2021 (cf. PV aud. 8, p. 5), étant précisé qu'elle a refusé de se soumettre à des prises d'urine (cf. PV aud. 9, p. 5, PV aud. 10). Certes, le fait de devoir respecter le cadre « unité »

n'empêche pas les patients de sortir de ladite unité, et donc de l'hôpital, mais un tel procédé est conforme à la pratique institutionnelle du canton de Vaud (cf. *Supra*, consid. 3.2). L'état de A.A._____ ne présentant pas non plus un caractère aigu, il n'était pas non plus possible de la placer en unité dite de « soins intensifs », seule mesure à même d'empêcher une fugue à visée funeste, sauf à vouloir enfermer tous les patients ayant présenté par le passé des idées suicidaires, ce qui irait assurément à l'encontre de leurs intérêts. Du reste, une telle mesure de contention ne faisait pas de sens compte tenu du fait que la patiente se trouvait en phase d'élargissement ; seule l'attente d'une place en foyer retardait la levée de son PAFA. Elle avait d'ailleurs bénéficié d'une sortie le 3 décembre 2021 – soit près de 15 jours après sa fugue du 18 novembre 2021 – sans qu'aucun évènement particulier n'ait été à signaler. En ce qui concerne une éventuelle non-prise de son traitement, aucun signe en ce sens n'a été décelé par le personnel soignant, tant d'un point de vue clinique qu'au niveau de la prise effective du médicament (cf. PV aud. 9, p. 6 et PV aud. 10, p. 4). Enfin, l'instruction n'a pas permis d'établir la manière dont A.A._____ s'était procuré une dose excessive de Floxyfral®.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait retenir que le personnel médical a failli à son devoir de prudence et de surveillance dans le cadre du suivi de A.A._____.

Il n'apparaît dès lors pas pertinent de pouvoir établir, dans le cadre d'une expertise, un éventuel lien de causalité entre la prise de toxiques, voire l'absence de prise de son traitement, et le décès de A.A._____. De plus, au vu du risque suicidaire que celle-ci présentait, des mesures de surveillance déjà prises par l'hôpital et du fait qu'il n'était pas exigible de placer la prénommée en chambre de soins intensifs, il n'est pas non plus nécessaire d'entendre Dr K._____ au sujet des mesures de surveillance à prendre.

Cela étant, en procédant à une appréciation anticipée des preuves que l'on ne peut qualifier d'arbitraire, c'est à raison que la

procureure a estimé qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médico-légale et d'entendre le Dr K._____ pour retenir qu'une infraction à l'art. 117 CP, ni aucune autre infraction pénale, ne saurait être imputée au personnel soignant.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, sans autre échange d'écritures, et l'ordonnance de classement du 2 mai 2023 confirmée.

Les frais de la procédure de recours, par 2'640 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 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 2 mai 2023 est confirmée.
- III.** Les frais d'arrêt, par 2'640 fr. (deux mille six cent quarante francs), sont mis à la charge des recourants, à parts égales et solidairement entre eux.
- IV.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

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 Raphaël Guisan (pour B.A._____ et C.A._____),

- 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).

La greffière :