

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

P/15340/2014

ACPR/92/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du mercredi 30 janvier 2019

Entre

A_____ **et B**_____, domiciliés chemin _____, comparant par M^c Pierre GABUS, avocat,
boulevard des Tranchées 46, 1206 Genève,

recourants,

contre l'ordonnance rendue le 29 juin 2018 par le Ministère public,

et

LE MINISTÈRE PUBLIC de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B,
1213 Petit-Lancy, case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimé.

EN FAIT :

- A.** **a.** Par acte déposé au greffe de la Chambre de céans le 12 juillet 2018, A_____ et B_____ recourent contre l'ordonnance qu'ils ont reçue le 2 du même mois, aux termes de laquelle le Ministère public a classé la procédure ouverte à la suite du décès de leur fille, C_____.

Ils concluent à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause au Ministère public, principalement, en vue de mettre en accusation les personnes impliquées et, subsidiairement, de procéder à des actes d'instruction complémentaires.

- b.** Les recourants ont versé les sûretés en CHF 1'500.- qui leur étaient réclamées par la Direction de la procédure.

- B.** Les faits pertinents suivants ressortent du dossier :

a. Le 6 août 2014, C_____, née le _____ 1992, a saisi l'occasion de l'ouverture, par une infirmière, d'une porte sécurisée de l'unité de D_____ [centre hospitalier] (ci-après D_____) où elle avait été admise la veille, pour se glisser derrière l'intéressée sans être vue, s'enfuir, enjamber une fenêtre de l'établissement, sise dans la cage d'escaliers entre les 8^{ème} et 9^{ème} étages, et se jeter dans le vide, à 11h37. Les lésions consécutives à sa chute ont provoqué son décès.

b. Le Ministère public a ordonné d'office l'ouverture d'une procédure pénale contre inconnu du chef d'homicide par négligence.

A_____ et B_____, père et mère de C_____, se sont constitués parties plaignantes – sans préciser sur quelle base légale ils fondaient cette qualité – et ont participé à l'instruction.

c. Il résulte du dossier médical de C_____ auprès de D_____ [centre hospitalier], versé à la procédure, ce qui suit :

c.a. Le 4 août 2014, à 23h56, C_____ a été amenée en ambulance au Service des urgences de D_____ [centre hospitalier] à la suite d'une crise délirante et violente survenue chez ses parents.

Selon les informations que le personnel soignant recueillera ultérieurement auprès de sa mère au sujet de cette crise, C_____ avait, durant la soirée, alors que la famille était à table, tenu des propos peu cohérents et semblait désorganisée; plus tard, elle avait "*ouvert des vannes dans le local du jardin*" et avait voulu mettre le feu à ce local, sans pouvoir en expliquer la raison lorsque son père était intervenu pour

l'arrêter; elle s'était ensuite saisie d'un gros couteau de cuisine dans l'intention d'agresser sa mère; son père et son frère avaient dû intervenir physiquement pour la stopper. C_____ avait également voulu ingérer divers objets et du papier. Sa mère était parvenue à les lui retirer de la bouche, mais s'était fait "*sérieusement*" mordre à cette occasion; elle avait ensuite appelé une ambulance pour conduire sa fille aux urgences.

c.b. C_____ a subi divers examens et traitements le 5 août 2014.

Les médecins de l'Unité E_____ (ci-après : E_____) ont consigné les "*éléments anamnestiques et de crise*" suivants : selon ses dires, C_____ avait consommé de manière régulière du cannabis, en quantité importante, jusqu'à deux semaines environ avant son hospitalisation. Elle vivait un "*fléchissement [de ses] performances scolaires (...) avec un isolement social*". Elle se sentait déprimée depuis plusieurs années, singulièrement au cours des derniers mois en raison d'une rupture sentimentale; elle avait des difficultés de concentration, de structuration de sa vie et de ses études à Saint-Gall; elle se sentait constamment triste "*avec un désespoir en l'avenir*". Elle se sentait très déprimée, ne pouvait expliquer ce qui lui arrivait, "*avec un sentiment d'étrangeté et des angoisses en augmentation*". Concernant la crise de la veille, elle avait perdu contact avec la réalité; elle se souvenait avoir pris un couteau dans le but de se faire du mal, mais non pour s'en prendre à sa mère. Pour sa part, B_____ a confirmé les difficultés académiques que rencontrait sa fille, qui avait, par le passé, connu un précédent échec; elle avait noté un état dépressif chez elle depuis de nombreux mois, qui s'était péjoré à la suite d'une rupture sentimentale, intervenue au début de l'année 2014. Elle avait aidé sa fille à déménager de Saint-Gall à Genève trois jours auparavant. Depuis lors, C_____ se tenait à l'écart socialement, se montrait triste et angoissée; elle ne parvenait pas à ranger ses affaires.

À son arrivée à l'hôpital, C_____, "*suffisamment calme et collaborante*" mais très tendue, avait été placée dans une chambre d'isolement et avait accepté de prendre des médicaments. Elle n'avait pas évoqué de propos suicidaires. Sur la fiche "*prescription de sécurité*" remplie pour sa première évaluation médicale, les cases "*Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui*" et "*Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins*" ont été cochées, mais non la rubrique "*Risque suicidaire*"; la jeune femme devait être surveillée à raison d'une fois toutes les trente minutes.

C_____ avait accepté de "*prendre du recul sur sa vie et de pouvoir être hospitalisée quelques jours*"; elle se montrait toutefois "*ambivalente*" quant à la "*durée [de ce séjour] ... (moyenne 5 jours)*". À 11h00 le 5 août 2014, une nouvelle fiche "*prescription de sécurité*" avait été établie sur laquelle seule la case "*Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins*" était

cochée; les modalités relatives à la fréquence de sa surveillance étaient maintenues. La médication n'a pas été renouvelée.

Les médecins de E_____ ont diagnostiqué un trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques.

Le 5 août 2014 en fin d'après-midi, la doctoresse F_____ a demandé l'admission de C_____ "en entrée ordinaire" à l'Unité G_____ (ci-après G_____) – sise au 2^{ème} étage de D_____ [centre hospitalier] –, spécifiant que la patiente, qui souffrait d'un état dépressif moyen à sévère depuis deux à trois ans, avait présenté une première décompensation psychotique; la médecin relevait, entre autres, l'absence d'idée suicidaire.

c.c. Le G_____ est un service pourvu d'une porte sécurisée, qui peut être actionnée par le personnel exclusivement, au moyen d'un badge ou d'une clé. Pour entrer ou sortir, les patients doivent s'adresser aux soignants.

Lors de son admission dans le G_____, les éléments suivants ont été observés s'agissant du status psychiatrique de C_____ : *"thymie triste et affects congruents. Aboulie* [ndlr : diminution pathologique de la volonté]. *Anhédonie* [ndlr : déficit de la capacité de ressentir du plaisir et de s'intéresser aux choses]. *Baisse de l'estime de soi. Troubles du sommeil et de l'appétit. Pas d'idéation suicidaire"*.

Diverses mesures et soins lui ont été prescrits. En particulier, C_____ devait être accompagnée par des soignants lors de ses sorties de l'unité (cf. pièce C 33 du dossier). Elle devait également bénéficier (pièce C 2'030, issue du dossier informatisé de la patiente, versé à la procédure en janvier 2017) : d'un "*soutien relationnel*" (les 5 et 6 août en soirée); d'entretiens médico-infirmier (notamment un dans la journée du 6 août); d'entretiens infirmiers (à une reprise le 5 août et à deux occasions le 6 août, la première, le matin [pas d'horaire prédéfini], puis l'après-midi); d'"*Accompagnement extérieur activité collective*" (notamment le 6 août à 8h30, 10h30 et 13h00); d'une séance collective intitulée "*Groupe d'expression crise*" (le 6 août au matin) et d'évaluations du sommeil.

Selon les observations consignées dans le dossier médical par un infirmier de l'équipe de nuit, C_____ s'était réveillée le 6 août 2014 à 4h30 et ne s'était pas rendormie.

c.d. Le dossier médical a été complété quelques heures après le décès de la jeune femme :

En particulier, H_____, son infirmière référente pour la journée du 6 août 2014, y a précisé ce qui suit : la patiente lui avait dit, le matin, lorsqu'elle était allée la voir,

avoir bien dormi, s'être réveillée à 4h30, puis rendormie; elle avait été informée du programme de la journée, en particulier du fait qu'un entretien médico-infirmier aurait lieu dans l'après-midi, à 13h30. En début de matinée, elle avait participé au groupe de crise; lors de son tour de parole, elle s'était présentée comme une infirmière *"ce qui [avait] suscité toute une réflexion [au sein du groupe] sur la différence entre les êtres humains en souffrance ou pas[;] faire la démarche de demander des soins [était] un acte humain moins "fou" [que] de ne pas demander de l'aide"*. Elle avait reçu, en milieu de matinée, les visites de son père, avec lequel elle était sortie fumer une cigarette, puis de sa mère.

L'infirmière I_____ a, pour sa part, consigné que, le 6 août, à 11h20, C_____ lui avait demandé de pouvoir sortir fumer une cigarette. Elle lui avait répondu de patienter, le temps qu'elle termine de s'occuper d'une autre personne; l'intéressée semblait contrariée. Aux environs de 11h30, elle était sortie du service pour aller aux toilettes avant de rejoindre C_____. À son retour, elle avait été informée par une patiente de l'unité et par le nettoyeur que la précitée avait profité de sa sortie pour s'échapper. Elle était alors immédiatement partie à sa recherche; comme elle avait entendu la porte du couloir menant aux étages inférieurs se refermer, elle s'y était rendue et avait vu une personne dévaler l'escalier; pensant qu'il s'agissait de C_____, elle l'avait appelée; elle avait ensuite descendu les étages mais ne l'avait pas trouvée; finalement, elle s'était rendue à l'entrée de l'hôpital, en vain. Elle était alors remontée dans l'unité et avait averti la doctoresse J_____ de la situation. L'une de ses collègues s'était, par ailleurs, rendue sur *"la terrasse"* sans toutefois y trouver C_____.

Les doctresses J_____ et K_____ ont consigné que, dans la matinée, la patiente avait participé au groupe de crise; à cette occasion, elle avait été calme, détendue et attentive, ne prenant toutefois pas activement la parole. Une évaluation infirmière avait eu lieu juste avant qu'elle ne sorte fumer une cigarette avec son père. Selon J_____, les infirmiers l'avaient prévenue vers 12h00 de la fugue de la patiente; elle avait alors décidé de déclencher le processus de recherche urgente et d'appeler les parents. Ces démarches lancées, elle avait été informée, par des policiers arrivés dans l'unité, de la défenestration et du décès de la patiente.

d. Il résulte du rapport établi par la police que C_____ s'est défenestrée à 11h37 (selon les caméras de vidéosurveillance placées au bas de l'immeuble) et a fait une chute de 30 mètres environ.

Les agents ont constaté que la porte du G_____, une fois ouverte, met six ou sept secondes pour se refermer.

Selon le registre des entrées et sorties de l'unité, qui répertorie l'utilisation par le personnel de leur badge mais non de leur clé, I_____ a utilisé sa carte magnétique

pour accéder et/ou quitter le service à 11h19 et 11h52 le 6 août 2014; les policiers en ont déduit que la prénommée devait avoir utilisé sa clé pour sortir aux alentours de 11h30, heure présumée de la fugue.

e. Invités par le Ministère public à fournir divers précisions et documents, les D_____ ont expliqué qu'il n'existait pas, dans les unités hospitalières, de procédure écrite relative aux mesures de surveillance à appliquer par le personnel; les projets de soins et programmes étaient individualisés et pouvaient varier selon les patients.

Ils ont versé au dossier la directive édictée en matière de fugue ou de disparition d'une personne. Aux termes de ce document, le personnel infirmier est tenu, dans une telle hypothèse, de contrôler "*l'environnement proche du patient*", puis, en cas d'insuccès, de vérifier dans le dossier s'il existe une prescription spécifique et d'avertir le médecin de l'unité. Ce médecin doit, pour sa part, étudier le dossier pour évaluer les risques encourus, décider s'il y a lieu d'avertir la famille, déterminer s'il convient de déclencher une recherche, le cas échéant normale ou urgente, par la police et consigner ses décisions au dossier.

f. Le Ministère public et/ou la police ont procédé à l'audition de divers protagonistes en relation avec les événements sus-relatés.

f.a. Entendue en qualité de personne appelée à donner des renseignements, F_____, cheffe de clinique en psychiatrie de liaison, a déclaré que les médicaments prescrits par E_____ à C_____ étaient ceux habituellement administrés aux personnes qui présentaient un état d'agitation et de rupture de contact avec la réalité; ils n'étaient pas connus pour susciter ou libérer des idées suicidaires.

Lorsqu'un risque suicidaire était identifié, un protocole spécifique, le RUD – Risque Urgence Dangerosité –, devait être mis en place; celui-ci impliquait l'application de règles de sécurité et de surveillance particulières. Dans le cas de C_____, le risque suicidaire avait été évalué mais n'avait pas été mis en évidence. Elle avait proposé un placement au sein de la G_____, aux motifs que l'intéressée n'avait jamais été hospitalisée en psychiatrie, qu'elle était jeune et qu'elle faisait face à une première crise. Il lui aurait semblé inadéquat de l'envoyer à L_____ [Hôpital psychiatrique], auprès de patients chroniques présentant des troubles psychiatriques graves. Par ailleurs, C_____ avait accepté d'être hospitalisée quelques jours. La G_____ n'était pas une unité fermée du point de vue médico-légal; la porte sécurisée de ce service ne servait qu'à délimiter l'unité et à empêcher des tiers d'y pénétrer.

f.b. Auditionnée en qualité de personne appelée à donner des renseignements, M_____, cheffe du service chapeautant notamment l'Unité des urgences psychiatriques et la G_____, a expliqué ne pas avoir personnellement traité C_____. De manière générale, il existait une classification du risque suicidaire

applicable dans toutes les unités psychiatriques; lors d'une appréciation globale, l'on examinait si le patient avait exprimé des idées suicidaires, s'il avait déjà fait des tentamen, s'il présentait des pathologies psychiatriques connues et s'il avait un projet de suicide; le résultat de cette évaluation se traduisait dans un programme de soins, qui prévoyait une présence infirmière et des évaluations médicales plus ou moins fréquentes selon que le risque suicidaire était faible, moyen ou élevé. Le personnel de la G_____ tenait compte des informations recueillies aux urgences; toutefois, lors de l'intégration du patient dans l'unité, il procédait à sa propre évaluation; un autre examen avait ensuite lieu chaque jour. De manière générale, lors des premières 24 ou 48 heures, les sorties de quasiment tous les patients de la G_____ se faisaient de manière accompagnée. S'agissant des personnes admises pour des placements à des fins d'assistance, elles ne pouvaient quitter le service qu'avec l'accord exprès du médecin. La porte de l'unité servait à éviter que d'autres personnes n'y pénètrent. Il n'existait pas de directives particulières instituant des mesures de précaution à observer au moment des sorties; "*le personnel fai[sai]t attention*". C_____ avait été admise en placement ordinaire et non à des fins d'assistance.

f.c. Entendue en qualité de personne appelée à donner des renseignements, J_____, cheffe de clinique du Service des urgences, a expliqué ne pas s'être personnellement occupée de C_____ le 5 août 2014. Les médicaments prescrits par ses collègues lors de l'admission de la patiente étaient adaptés et correspondaient au protocole pour les patients présentant un état d'agitation; ils n'avaient pas d'effets indésirables et n'étaient pas connus pour provoquer des effets secondaires, tels que des idées suicidaires. F_____ avait décidé, en sa qualité de cheffe de clinique, que la patiente devait être affectée à la G_____ où l'hospitalisation était brève et permettait de poser un diagnostic, d'instaurer un traitement et d'effectuer un travail psychothérapeutique intensif sur les causes de la crise; si l'hospitalisation avait dû se prolonger, la patiente aurait été transférée dans une autre unité. À sa connaissance, le protocole tendant à surveiller un patient à raison d'une fois toutes les 30 minutes était uniquement valable au Service des urgences et non à la G_____. Il n'y avait pas de risque suicidaire identifié chez C_____, si bien que le protocole RUD n'avait pas été mis en place. En l'absence de ce protocole, les docteurs N_____ et K_____ n'avaient pas ordonné de mesures de surveillance particulières, à l'exception des sorties de l'unité, lesquelles devaient être accompagnées par le personnel soignant. La G_____ n'était pas une unité fermée; le fait que la porte s'ouvre par une carte ou une clé avait pour but d'empêcher d'autres patients d'y entrer.

Le 6 août 2014, elle s'était personnellement chargée d'appliquer la procédure d'urgence lorsque I_____ l'avait informée, sauf erreur vers 11h35, de la fugue de C_____. Elle avait discuté du cas avec l'infirmière référente, soit H_____, cette dernière connaissant mieux la patiente qu'elle, et avait également vérifié dans le dossier qu'il n'y avait pas de risque suicidaire; elle avait en outre contacté les parents, pensant que la jeune femme aurait pu les rejoindre; finalement, elle avait informé la clinique de L_____. Cinq minutes s'étaient écoulées entre le moment où elle avait

été informée de la disparition et l'arrivée de policiers qui lui avaient annoncé le décès. "[A]près avoir pris connaissance du dossier de C_____", elle n'aurait pas pu identifier le risque suicidaire chez cette patiente, ni prendre d'autres mesures.

f.d. Auditionnée en qualité de personne appelée à donner des renseignements, H____ a déclaré qu'elle avait débuté son service à 6h45 le 6 août 2014. Elle avait discuté avec C____ "probablement à quatre reprises" durant la matinée et l'avait aperçue une fois dans le corridor; la patiente lui avait donné l'impression d'aller plutôt bien. Les modalités de sortie de l'unité étaient décidées individuellement pour chaque patient; C____ devait être accompagnée par un membre du personnel soignant. La porte ne s'ouvrant qu'au moyen d'un badge ou d'une clé, les patients qui désiraient quitter le service devaient s'adresser aux infirmières. Le 6 août 2014, elle avait été en entretien entre 11h00 et 11h45; elle n'avait donc pas aperçu I____ quitter l'unité ni assisté à la fugue.

f.e. Entendue en qualité de personne appelée à donner des renseignements, I____ a déclaré avoir vu C____ à plusieurs reprises le 6 août au matin, soit lors du petit-déjeuner, à 8h30 quand elle l'avait accompagnée pour fumer une cigarette sur la terrasse de l'hôpital avec d'autres patients, durant le groupe thérapeutique de crise de 9h00 à 9h30, puis entre 11h15 et 11h30 lorsque la patiente l'avait sollicitée pour aller fumer une cigarette. À ces occasions, C____ lui avait paru "un peu timide" mais collaborante pour les soins; il n'y avait pas de signe inquiétant particulier. Lors du groupe de crise, l'attitude de C____ avait été adéquate; par boutade, elle s'était présentée comme une infirmière, ce qui avait lancé un débat "sur le rôle du patient-soignant, sur le fait de demander de l'aide"; par la suite, elle avait été attentive, mais était peu intervenue dans la discussion; elle était intéressée et détendue. Lorsqu'elle avait répondu à C____ qu'elle reviendrait vers elle avant le déjeuner pour l'accompagner fumer, à savoir une fois qu'elle aurait terminé ce qu'elle était en train de faire, la jeune femme lui avait paru légèrement contrariée. Après s'être occupée d'une autre patiente, elle s'était rendue aux toilettes, à l'extérieur du service. Avant de sortir, elle avait dit à C____, qui l'attendait sur un canapé sis à 5 mètres environ de la porte, qu'elle revenait "de suite vers elle" sans toutefois lui dire où elle allait. Elle n'avait pas vu la jeune femme se glisser derrière elle lorsqu'elle avait quitté l'unité. Elle ne se rappelait pas si elle avait utilisé son badge ou sa clé. Quand elle était revenue, une autre patiente, O____, et le nettoyeur lui avaient appris que C____ était partie. Elle s'était alors mise à sa recherche, sans succès, avant de revenir dans l'unité et de signaler la disparition à la doctoresse J____. Cette dernière et H____ avaient immédiatement lancé la procédure de recherche urgente. Un laps de temps de 10 à 15 minutes s'était écoulé entre le moment où elle avait appris la fugue et celui où elle avait informé la médecin de la situation.

Lors de l'admission d'un patient à la G____, un médecin et un infirmier se rendaient aux urgences chercher le patient. Une évaluation psychiatrique avait ensuite lieu dans les 24 heures, au cours de laquelle le médecin et l'infirmier

évaluaient le risque suicidaire et déterminaient les mesures d'accompagnement à prendre. Les patients de l'unité n'étaient pas sous contrainte et pouvaient sortir du service. Pour ce faire, ils devaient s'adresser au personnel soignant. Les modalités de sortie dépendaient de chaque personne. L'unité était fermée par une porte pour éviter des entrées indésirables. Le personnel n'avait pas de consignes particulières à observer lors des sorties du service à l'exception des patients placés à des fins d'assistance ou pour lesquels les soignants étaient particulièrement inquiets et qui n'étaient pas compliant aux traitements.

f.f. Auditionnée en qualité de témoin, O_____, patiente de l'unité, a déclaré que, lors de la séance de crise du 6 août 2014 au matin, C_____ s'était présentée comme "C_____, infirmière", "*pour rire*" selon ce que l'intéressée lui avait expliqué ultérieurement. Aux alentours de 10h00, C_____ était venue dans sa chambre en lui disant qu'elle lui faisait penser à une amie de sa mère et s'était mise à trembler et à pleurer. Elle-même l'avait rassurée, puis C_____ était partie. À aucun moment cette dernière ne lui avait parlé de suicide. Une heure plus tard environ, elle l'avait aperçue au bout du couloir en train de se faufiler par la porte de sortie du service, une cigarette à la main. Elle l'avait rejointe et lui avait demandé si elle était accompagnée; C_____ ne lui avait pas répondu. "*Sur le moment, [elle] n'avai[t] pas pensé à quelque chose de très grave, mais (...) il y a[vait] des règles*". Elle s'était donc rendue dans le bureau des infirmiers et avait informé la personne qui s'y trouvait que C_____ était sortie, seule; son interlocutrice lui avait répondu de s'adresser aux infirmiers, sans rien entreprendre; elle avait appris ultérieurement qu'il s'agissait de la cheffe de clinique des urgences, soit J_____. Elle avait alors demandé à l'agent d'entretien qui se trouvait dans le couloir de lui ouvrir la porte avec sa clé, ce qu'il avait fait. Elle s'apprêtait à sortir quand une infirmière prénommée "I_____" était arrivée. Elle l'avait informée de la situation et cette dernière était tout de suite partie à la recherche de C_____. Selon elle, un laps de temps de 5 minutes "*au grand maximum*" s'était écoulé entre la fugue de la précitée et le départ de "I_____" pour la retrouver.

f.g. Entendu en qualité de témoin, P_____, agent de nettoyage au sein de la G_____ à l'époque, a expliqué avoir pour consigne de n'ouvrir la porte de l'unité à personne, sauf sur demande d'un membre du personnel soignant. Le 6 août 2014, C_____ lui avait demandé à plusieurs reprises de pouvoir sortir fumer, ce qu'il avait refusé. Il l'avait entendue faire la même demande au personnel soignant. Plus tard, il l'avait aperçue courir et se faufiler dans l'entrebâillement de la porte pour quitter l'unité et il s'était alors précipité dans le bureau des infirmiers pour les avertir. Une seule personne était présente, laquelle l'avait immédiatement accompagné jusqu'à la porte du service. Lorsqu'ils avaient ouvert celle-ci, ils s'étaient retrouvés en présence d'une soignante qui avait déclaré s'être rendue aux toilettes. Cette personne était immédiatement partie à la recherche de C_____ "*notamment pour s'assurer qu'elle n'était pas descendue pour fumer une cigarette*". Deux minutes environ devaient s'être écoulées entre la sortie de C_____ et le départ de l'infirmière à sa recherche. Il

ne se souvenait pas avoir ouvert la porte du service à une quelconque patiente; en revanche, une personne s'était approchée de lui et du membre du personnel qui l'avait suivi depuis le bureau des infirmiers, peut-être par curiosité; il ne se rappelait pas que cette personne aurait interagi avec eux.

g.a. Le 6 janvier 2016, un mandat d'expertise a été confié à Q_____, professeur en psychiatrie et médecine légale à l'hôpital R_____ aux fins d'établir, notamment en procédant à toutes auditions utiles, la cause ayant conduit au décès de C_____, ainsi que de déterminer si ce décès était dû à une violation des règles de l'art dans sa prise en charge médicale et, dans l'affirmative, à qui était imputable cette violation.

L'expert s'est entretenu avec les cinq protagonistes désignés aux lettres **B.f.a** à **B.f.e** ci-dessus.

À teneur de son rapport, rendu le 16 août 2016, aucune faute, ni manquement ou négligence n'étaient intervenus dans la prise en charge de C_____ par E_____. En effet, à son arrivée, la patiente avait été rapidement examinée et s'était vue prescrire sans délai une mise en chambre d'isolement et un traitement neuroleptique et sédatif adapté. L'effet de la médication et du cadre hospitalier avaient entraîné une amélioration de l'état de la patiente. Par ailleurs, le risque suicidaire n'était cliniquement pas décelable. Enfin, l'orientation, pour une suite de la prise en charge, à la G_____ était "*pertinente et répondait aux critères d'admission dans ce type d'Unité : situation de détresse psychique aiguë, débordement psycho-comportemental critique, absence d'antécédents ou de soins antérieurs de nature psychiatrique, absence de manifestations psychotiques envahissantes, prise de conscience suffisante par la malade du caractère pathologique de ses troubles, acceptation des soins hospitaliers par celle-ci*".

Au sein de la G_____, il ne se justifiait pas, au vu des données recueillies aux urgences, de mettre en place le protocole RUD, protocole appliqué lorsqu'un risque suicidaire était cliniquement identifié. Aucune faute ne pouvait donc être retenue s'agissant de l'absence d'instauration de mesures de prévention du risque suicidaire.

Concernant les conditions d'accueil et de prise en charge de C_____ dans ce service, elles avaient été conformes aux "*bonnes pratiques*". En particulier, la patiente avait été accompagnée au sein de l'unité par des soignants, avait été reçue par le psychiatre de l'unité dès son arrivée, puis avait passé une nuit "*sinon bonne, du moins correcte, sans manifestations pathologiques particulières: ni trouble du comportement, ni opposition aux soins, ni expression de détresse anxieuse, dépressive ou suicidaire, ni manifestations psychotiques de type délirant ou persécutoire*". Les pratiques habituelles du service avaient été appliquées "*sans anomalie à son égard : désignation d'une infirmière référente, participation au groupe de parole du matin, sortie fumeur avec son père, discussion avec une*

infirmière présente auprès d'elle à ce moment[-]là pour différer une sortie cigarette. Le registre de la relation avec cette patiente se situait donc clairement, dans la continuité des observations de la veille, dans une logique d'échanges et d'acceptation des soins, de négociation autour des limites et de projets thérapeutiques (...). Aucun élément clinique des observations, il [est] vrai [consignées au dossier] après le décès, n'avait manifesté de manière perceptible pour l'environnement soignant l'imminence d'une crise suicidaire d'une telle soudaineté et brutalité".

Il n'y avait pas non plus eu de négligence dans la surveillance de la patiente. En effet, d'après les explications données par les personnes auditionnées, explications qui étaient crédibles sur le plan clinique et correspondaient aux observations et expériences de services analogues dans d'autres hôpitaux, le fait que la G_____ était fermée par une porte sécurisée n'avait pas pour fonction de prévenir "*par une contention matérielle un risque suicidaire, imputé et généralisé à tous [l]es patients, mais bien d'assurer les meilleures conditions d'un soin intensif et spécifique, dans une clôture qui privilégiait le centrage sur ses problèmes, l'établissement d'une relation thérapeutique et une mise à distance du monde extérieur, conditions propices au succès de ces hospitalisations brèves*". L'infirmière qui était sortie sans vérifier que C_____ ne la suivît avait "*peut-être*" été peu attentive; elle n'avait toutefois pas commis de faute de soin caractérisée en omettant d'appliquer un protocole de surveillance qui aurait été prescrit, ni négligé la prévention d'un risque suicidaire qui aurait été dûment identifié; en effet, la prescription habituelle à tous les patients de "*sorties accompagnées par les soignants*" pouvait être comprise comme étant davantage de l'ordre d'un règlement intérieur que d'une consigne spécifiquement destinée à la prévention du suicide; par ailleurs, C_____ était placée en régime ordinaire, sans protocole spécifique.

La réactivité de l'équipe soignante à l'annonce de la fugue de C_____ semblait avoir été rapide et adéquate, la famille ayant été contactée et une procédure de recherche, lancée.

Relativement à la cause qui avait conduit au décès, l'hypothèse la plus probable et "*la plus en continuité avec les observations*" menées pendant l'hospitalisation était, tant de son point de vue que de celui des médecins qu'il avait auditionnés, celle de l'irruption d'un "*raptus psychotique*", soit un envahissement psychique brutal, "*de nature psychotique, débordant les capacités psychique de contenance et de contrôle et se manifestant sous la forme d'un moment ou d'un acte totalement impulsifs, hors de toute rationalité*"; de telles invasions désorganisatrices pouvaient apparaître sur un mode quasi-instantané, sans aucun signe prémonitoire.

Un facteur était susceptible d'avoir contribué à ce décès. En effet, au moment de son passage à l'acte, C_____ ne bénéficiait plus d'un traitement médicamenteux, lequel avait pourtant été bénéfique au début de la prise en charge. Or, il n'apparaissait pas

que la question du renouvellement de ce traitement avait été discutée dans la journée du 5 août 2014 puis la matinée du 6 août, le dossier médical étant muet sur ce point. C_____ aurait dû bénéficier de la prescription d'un neuroleptique; à tout le moins, cette question aurait-elle dû être soulevée, discutée et consignée au dossier, même dans l'hypothèse où l'arrêt du traitement aurait été voulu par les médecins. Il n'était pas certain que cette absence de prescription ait joué un rôle déterminant dans la survenue du raptus suicidaire, mais "*la référence à l'expérience clinique commune et aux bonnes pratiques*" conduisait à retenir qu'il s'agissait d'une défaillance dans la continuité de la prise en charge, à l'origine d'une "*perte d'une chance*" pour la patiente, sans toutefois être la cause directe et exclusive de son décès.

g.b. Entendu par le Ministère public, Q_____ a précisé avoir visité la G_____ et pris connaissance des déclarations de O_____ et P_____. Il n'avait entendu que les cinq personnes appelées à donner des renseignements, auxquelles le mandat d'expertise avait par ailleurs été envoyé par le Ministère public, pensant que sa mission était circonscrite à leur audition. Il n'avait donc pas interrogé K_____, médecin interne référente de C_____ à la G_____, quand bien même il avait pensé qu'il aurait été utile de le faire. Il n'avait pas non plus entendu les époux A/B_____. À cet égard, Q_____ a expliqué, dans un premier temps, que les conjoints n'auraient pas pu lui apporter d'éléments utiles sur le fonctionnement des institutions médicales objets de son expertise, puis, dans un second temps, que leur audition aurait été souhaitable – sans autre explication.

Il a confirmé la teneur de son rapport. Il n'avait pas été surpris de constater que le dossier médical de C_____ avait été complété après le décès; les soignants devaient y relater les éléments qu'ils avaient vécus dans la journée, ce qu'ils avaient vraisemblablement fait quand ils en avaient eu la possibilité. De manière générale, le médecin qui omettait de prescrire une médication nécessaire ou de se poser la question d'une telle prescription commettait une erreur, un non-respect des "*bonnes pratiques*". *In casu*, la problématique du renouvellement du traitement médicamenteux aurait dû être discutée, au plus tard au moment de l'admission de la patiente à la G_____; la responsabilité d'une éventuelle prescription incombait à la doctoresse K_____. Si cette médecin s'était posée la question de la nécessité de prescrire un médicament et l'avait exclue, elle aurait dû le consigner au dossier. La notion de "*perte de chance*", qui était utilisée par les juges en France, devait être distinguée de celle de violation des règles de l'art. Par exemple, en présence d'un patient manifestant des signes laissant présager un passage à l'acte suicidaire, commettait une faute le médecin qui s'abstenait de prescrire un médicament, car cette omission serait la cause directe du geste fatal. En revanche, la situation était différente lorsqu'il y avait "*un concours de faits*" qui conduisait au passage à l'acte, sans que l'absence de prescription d'un traitement en soit la cause directe.

Invité à préciser ce qu'il entendait par "*concours de faits*" dans le cas de C_____, Q_____ s'est exprimé comme suit : "*il s'agis[sai]t de l'évaluation clinique de*

[l'intéressée], de son état de souffrance psychique grave, avec des traits schizophréniques, diagnostic retenu aux urgences, mais [elle] avait conservé la capacité d'entrer en communication avec les soignants et [avait] accepté les soins. Il n'y avait pas de dimension suicidaire évidente pour les soignants. D'autre part, la crise du 4 août 2014 n'était pas une crise suicidaire". Il a conclu qu'"[a]u vu de tous ces éléments, la prise de médicament ne s'imposait pas, mais, dans tous les cas, elle aurait dû être discutée et documentée".

h. Le Ministère public a procédé, par la suite, à l'audition de plusieurs protagonistes.

h.a. K_____, entendue en qualité de personne appelée à donner des renseignements, a confirmé que, le 5 août 2014, elle s'était rendue avec N_____, chef de clinique de l'unité, à E_____ pour prendre en charge C_____; à cette occasion, ils avaient notamment discuté avec la doctoresse F_____, qui leur avait remis la demande d'admission évoquée à la lettre **B.c.c** *in fine*. De retour dans le service, ils avaient évalué C_____, en présence d'une infirmière. Ils avaient décidé de ne pas prescrire de médicaments. En effet, l'intéressée était calme lors de son admission; son léger état d'anxiété était insuffisant pour justifier une médication. De manière générale, la question de la prescription de médicaments était systématiquement abordée lors de l'admission de nouveaux patients et était décidée en fonction de leur évaluation clinique. En dehors des cas où une personne bénéficiait déjà d'un traitement lors de son arrivée, il était rare qu'une médication soit prescrite d'emblée. En effet, les soignants observaient ses symptômes afin d'instaurer le traitement le plus adapté; l'évaluation était plus fine lorsque lesdits symptômes n'étaient pas atténués par les effets de médicaments. C_____ devait être accompagnée par un soignant pour sortir de l'unité; cette mesure "*pavillonnaire*", qui était synonyme de "*programme fermé*", faisait partie de son traitement. Trois ou quatre "*sorties cigarettes*" étaient prévues dans la journée, à heures fixes, pour les patients de l'unité; lorsqu'un infirmier était disponible, il pouvait, sur demande, organiser une sortie supplémentaire.

À son arrivée, le 6 août 2014 vers 8h00 ou 8h30, elle avait pris connaissance des "*notes de suite*" ainsi que des éventuelles informations transmises par les infirmiers de nuit à l'équipe de jour. Aucun élément particulier ne lui avait été rapporté concernant C_____. Cette dernière avait été vue par une infirmière, au réveil; elle avait participé à la réunion du groupe de crise, à laquelle tous les médecins assistaient, et avait eu des contacts avec son infirmière référente. Durant ces étapes, l'équipe soignante procédait à l'observation du patient et évaluait le RUD, même si cela n'était pas formalisé. Si un élément inquiétant avait été observé, l'entretien médical, fixé en début d'après-midi, aurait été avancé; tel n'avait toutefois pas été le cas. Aux environs de 11h30, elle se trouvait en séance avec un patient; au terme de cette entrevue, alors qu'elle consignait des informations dans le dossier correspondant, I_____ était venue l'informer que C_____ s'était enfuie et qu'elle n'avait pas réussi à la rattraper. Elle en avait alors référé à la doctoresse J_____.

peut-être aux alentours de midi, et la mise en place de la "*recherche urgente*" avait été décidée.

h.b. Entendu en qualité de personne appelée à donner des renseignements, N_____, chef de clinique de la G_____ à l'époque des faits, a confirmé les explications de K_____. Il a précisé que le risque suicidaire avait été examiné et écarté dans l'immédiat. Il n'avait éprouvé aucun doute quant à la décision de ne pas prescrire de médicaments à l'intéressée. En effet, le degré d'anxiété qu'elle présentait, respectivement l'absence de tout symptôme psychotique, excluaient la nécessité de lui administrer un traitement anxiolytique et/ou neuroleptique. Il avait été absent de l'unité le 6 août 2014.

De manière générale, le choix de prescrire un traitement était consigné au dossier; en revanche, celui de ne pas donner de médicament n'y figurait pas; l'état du patient était toujours décrit de façon détaillée, ce qui permettait de comprendre la réflexion préalable au choix opéré. La G_____ était une unité fermée, en ce sens qu'on n'y accédait par une seule porte, laquelle était close en permanence. D'ordinaire, les nouveaux patients ne pouvaient, durant les 48 heures suivant leur intégration, sortir sans accompagnement; ils étaient confinés dans l'unité, en observation. Les personnes admises au sein du service l'étaient majoritairement dans un "*mode volontaire*", comme c'était le cas pour C_____. Le risque suicidaire était examiné au moment de l'admission. Il était ensuite réévalué pendant la journée tant formellement lors de trois entretiens, l'un avec un médecin et les deux autres avec un infirmier, le premier dans la matinée et le second durant l'après-midi, qu'informellement le matin, avant et pendant la réunion du groupe de crise. Le degré de surveillance était adapté en fonction de l'évaluation. Par surveillance, il entendait "*observation du patient*". Durant la nuit, les infirmiers surveillaient les patients en se rendant régulièrement dans leurs chambres; s'ils constataient une réémergence des symptômes, ils pouvaient faire appel au psychiatre de garde, lequel ordonnait, en cas de nécessité, un traitement. Le RUD était un protocole qui permettait de déterminer et d'adapter la surveillance des patients au risque suicidaire. À la G_____, le RUD était évalué constamment, même si cela n'était pas toujours formalisé. Au sein du service, la surveillance de base correspondait à un RUD faible, voire moyen. Lorsque le RUD était "*plus élevé que d'habitude pour l'unité*" une surveillance accrue était instaurée.

h.c. A_____ et B_____ ont expliqué s'être entretenus, le 5 août 2014, avec la doctoresse F_____, hors la présence de leur fille. La médecin leur avait conseillé d'hospitaliser C_____, qui était potentiellement dangereuse pour elle-même et pour autrui, à la G_____; elle leur avait précisé qu'il s'agissait d'une unité fermée où leur fille serait étroitement surveillée. Ils avaient été rassurés par le fait que C_____ n'aurait pas la possibilité de sortir seule et qu'elle ne serait pas placée à L_____, ce qui aurait été traumatisant pour elle. Ils avaient acquiescé à l'hospitalisation. Ils avaient apprécié "*la qualité de la prise en charge de la situation*" par F_____.

A_____ a précisé que le 6 août 2014 au matin, il était venu voir sa fille; ils avaient passé environ 45 minutes ensemble; il l'avait trouvée hagarde, peu communicative et prostrée. Ils étaient sortis fumer; de retour dans l'unité, C_____ avait eu "*un mouvement de corps*" qui s'apparentait à des sursauts. Elle s'était progressivement calmée. Il l'avait laissée avec son épouse, qui les avait rejoints dans l'intervalle.

B_____ a déclaré que, lorsque sa fille était revenue dans l'unité en compagnie de A_____ le 6 août 2014, elle avait constaté qu'elle tressaillait; elle l'avait rassurée. Après le départ du précité, C_____, qui était prostrée et renfermée, lui avait demandé si elle pouvait rentrer à la maison, ce à quoi elle lui avait répondu "*pas tout de suite*". Sa fille s'était également enquis de savoir "*si elle était suisse*"; elle lui avait alors expliqué que les démarches étaient en cours pour qu'elle le devienne; C_____ avait en outre sollicité de pouvoir prendre des cours de chant. Elle avait constaté que les affaires de sa fille étaient éparpillées sur son lit. Lorsqu'elle était partie, elle était inquiète mais elle n'avait "*malheureusement rien dit*"; elle avait estimé, au vu de l'état de sa fille, que la G_____ était "*inadéqua[te]*". En fin de matinée, elle avait rappelé la doctoresse J_____, cette dernière ayant vainement tenté de la joindre; la médecin lui avait expliqué que sa fille s'était échappée et qu'un processus d'urgence avait été déclenché. Elle situait l'appel aux environs de midi car cela correspondait à l'heure à laquelle les policiers étaient arrivés dans le bureau de la médecin, étant précisé qu'elle se trouvait en ligne avec elle à ce moment-là.

i.a. Les plaignants ont versé au dossier une attestation médicale rédigée le 14 octobre 2016 par le docteur S_____, psychiatre en charge de leur suivi depuis le 20 août 2014.

Selon ce médecin, le rapport d'expertise était incomplet, Q_____ ayant omis d'auditionner les époux A/B_____, respectivement d'autres témoins, pour "*réellement comprendre*" ce qu'il s'était passé au sein de la G_____, en particulier l'état dans lequel se trouvait C_____ le 6 août 2014 au matin. Pour lui, la prise en charge de la jeune femme avait été inadéquate. En revanche, il rejoignait l'avis de son confrère selon lequel l'absence de toute prescription médicamenteuse constituait une "*faute médicale*".

i.b. Le 2 novembre 2016, les plaignants ont informé le Procureur du fait qu'ils venaient d'apprendre que Q_____ était l'un des membres du comité scientifique d'une formation organisée à Genève entre les mois d'avril 2016 et juin 2017 par la Faculté de médecine et les D_____. Selon eux, ces liens étroits entre le précité et l'hôpital constituaient un motif de récusation, respectivement permettaient de dénier toute valeur probante à l'expertise.

Les époux A/B_____ n'ont cependant pas formé de demande de récusation.

j. Par avis de prochaine clôture du 22 juin 2017, le Ministère public a informé les plaignants qu'une ordonnance de classement serait rendue et les a invités à présenter leurs éventuelles réquisitions de preuves complémentaires.

Le 15 août suivant, les époux A/B_____ ont sollicité la mise en prévention et en accusation des docteurs J_____, K_____ et N_____ ainsi que des infirmières H_____ et I_____. Ils ont également sollicité la réaudition de divers protagonistes afin de déterminer si la réaction de la première nommée à l'annonce de la fugue de C_____ avait été rapide et adéquate.

k. Parallèlement à la procédure pénale, soit le 17 mai 2018, les plaignants ont introduit une action en responsabilité contre les D_____ auprès du Tribunal de première instance, sollicitant, à la suite du drame survenu le 6 août 2014, le paiement d'indemnités au titre de réparation de leur tort moral (CHF 40'000.- chacun), respectivement au titre de participation à leurs frais et honoraires d'avocat (CHF 50'000.-).

C. Dans sa décision querellée, le Ministère public a considéré que les conditions d'application de l'art. 117 CP n'étaient pas réunies.

En effet, l'expert avait constaté que la prise en charge de C_____ au Service des urgences s'était déroulée dans les règles de l'art. Aucun risque suicidaire n'avait été mis en évidence et la patiente avait été correctement dirigée vers la G_____.

Lors de l'examen d'admission au sein de ce service, les docteurs N_____ et K_____ avaient décidé, après réflexion, de ne pas prescrire de médicament à C_____, l'état de l'intéressée ne le justifiant pas.

Le risque suicidaire avait été évalué et écarté au sein de la G_____, tant lors de l'examen sus-évoqué que durant la nuit passée dans le service, puis dans la matinée du 6 août 2014, à l'occasion des différents contacts que la patiente avait eus avec le personnel soignant. Par ailleurs, selon l'expert, la cause ayant conduit au décès de C_____ était l'irruption d'un "*raptus psychotique*", soit un envahissement psychique brutal susceptible d'apparaître de manière quasi-instantanée, sans signe prémonitoire. Dans ces circonstances, aucun élément ne venait indiquer que le geste fatal de C_____ aurait été prévisible.

S'agissant du fonctionnement de la G_____, l'expert n'avait pas décelé d'anomalie; en effet, la porte du service tendait à assurer des conditions de soins optimales, et non à prévenir un risque suicidaire. Quant à H_____, l'expert retenait qu'elle n'avait pas commis de faute de soin caractérisée lorsqu'elle était sortie de l'unité sans vérifier qu'un patient ne la suivît.

Les mesures de recherche urgentes avaient été mises en place immédiatement et aucune défaillance n'avait été constatée. Les dires de O_____, selon lesquels J_____ aurait manqué de réactivité, étaient contredits, notamment, par les déclarations de P_____, K_____ et I_____.

Le rapport établi par S_____ était, en regard du lien qui unissait ce dernier aux plaignants, lien qui faisait obstacle à une appréciation neutre et impartiale de la situation, impropre à remettre en doute les conclusions de l'expert.

Partant, aucune violation du devoir de diligence ne pouvait être imputée au personnel de D_____ [centre hospitalier]. Le classement de la procédure était, conséquemment, ordonné.

- D. a.** À l'appui de leur recours, les époux A/B_____ soutiennent qu'ils disposent de la qualité pour recourir, référence étant faite à leur qualité de parties plaignantes et à l'art. 382 CPP.

Au fond, ils estiment qu'il résulte de la procédure une prévention suffisante d'homicide par négligence.

Liminairement, il convenait d'écarter du dossier l'expertise réalisée par Q_____, laquelle était dénuée de valeur probante notamment parce qu'elle ne contenait aucune référence à la pièce C 2'030 (cf. lettre **B.c.d supra** à cet égard) ni aux déclarations de O_____ et P_____; enfin, l'appréciation de Q_____ était remise en cause par S_____.

L'état de santé de leur fille requérait qu'elle soit placée dans une unité fermée. La G_____ répondait à ce critère, mais si la Chambre pénale de recours retenait le contraire, force serait alors de considérer que leur fille aurait dû être placée dans un service fermé, omission qui consacrerait une violation des règles de l'art médical.

Aucun médicament n'avait été prescrit à C_____ lors de son admission à la G_____, alors qu'une telle prescription se justifiait selon les avis convergents de S_____ et de l'expert. Ce manquement suffisait à exclure le classement de la procédure. Par ailleurs, le dossier médical était muet sur une quelconque réflexion menée au sujet d'une médication, lacune qui était également constitutive d'une violation des règles de l'art.

De graves manquements étaient survenus dans le suivi médical et la surveillance de leur fille au sein de la G_____. Le risque suicidaire n'avait pas été évalué le 6 août au matin. Le décès aurait pu être évité par une surveillance adéquate, une prise en charge adaptée et une réévaluation régulière du risque de tentamen.

I_____ avait fait preuve d'une grave négligence en omettant de s'assurer, au moment où elle sortait de l'unité, respectivement en omettant d'attendre que la porte se referme, avant de quitter les lieux, vers 11h30.

Par ailleurs, les faits objets de la présente cause s'apparentaient à deux affaires jugées par la Chambre des recours pénales du Tribunal cantonal vaudois en 2017, dont des copies étaient jointes au recours, qui annulaient le classement de procédures ouvertes à la suite du suicide de patients qui s'étaient échappés d'établissements hospitaliers.

L'acquiescement des médecins et du personnel soignant de D_____ [centre hospitalier] n'apparaissait donc pas plus vraisemblable qu'une condamnation; un renvoi en jugement se justifiait ainsi.

Subsidiairement, des "zones d'ombre" persistaient au sujet de la réactivité de l'équipe soignante à l'annonce de la fugue de C_____. Ainsi, J_____ avait, aux dires de O_____, refusé d'intervenir après avoir été informée de la situation; tout portait donc à croire que les démarches en vue de rattraper leur fille avaient été entreprises tardivement, alors même qu'elle aurait pu être interceptée avant son décès. En refusant de procéder, notamment, à une confrontation entre les prénommées pour éclaircir ce point, le Procureur avait violé leur droit d'être entendus. La cause devait donc lui être retournée pour complément d'instruction.

b. Par pli du 22 novembre 2018, la Chambre de céans a interpellé les parties, leur demandant de se prononcer sur l'application de l'art. 122 al. 2 CPP uniquement.

b.a. Du point de vue du Ministère public, les conditions dudit article n'étaient pas réalisées, dès lors que les époux A/B_____ – lesquels revêtaient le statut de proches de la victime – n'avaient pas fait valoir de prétentions civiles dans le cadre de la procédure pénale, mais devant le Tribunal de première instance. La qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP) devait donc leur être déniée.

b.b. Pour leur part, les recourants estiment disposer d'une telle qualité, dans la mesure où leur fille, titulaire du bien juridique protégé par l'art. 117 CP, était décédée sans avoir renoncé à ses droits de procédure; aussi avaient-ils "hérité" desdits droits, conformément à l'art. 121 al. 1 CPP. Ils étaient donc habilités à agir exclusivement sur le plan pénal, s'ils le souhaitaient. Les D_____ assumant une responsabilité de droit public exclusive de toute action directe contre les auteurs des infractions commises par leurs employés, ils avaient saisi la juridiction compétente pour faire valoir leurs prétentions civiles propres; l'admission du recours n'en exerçait pas moins une influence sur le sort de cette action, la responsabilité pénale du personnel hospitalier impactant celle, civile, de l'établissement. Par ailleurs, la Chambre pénale de recours admettait, de jurisprudence constante, la qualité pour agir des proches

d'une victime décédée aux D _____; statuer différemment reviendrait à favoriser l'impunité des agents de l'État dans le cas d'un décès.

EN DROIT :

1. Le recours a été interjeté dans les délai et forme utiles (art. 385 al. 1, 390 al. 1 et 396 al. 1 CPP), à l'encontre d'une ordonnance de classement, décision sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 322 al. 2 et 393 al. 1 let. a CPP; art. 128 LOJ/GE).
2. Il convient de déterminer si les parents de la défunte disposent de la légitimation pour recourir (art. 382 CPP) en qualité d'héritiers de leur fille (consid. 2.1) ou à titre personnel (statut de proches de la victime; consid. 2.2).

2.1.1. En vertu de l'art. 121 al. 1 CPP, si le lésé décède sans avoir renoncé à ses droits de procédure, ceux-ci passent à ses proches au sens de l'art. 110 al. 1 CP dans l'ordre de succession – à savoir, les parents lorsque le défunt n'a pas laissé de postérité ni désigné d'héritier (art. 458 al. 1 CC) –.

Les bénéficiaires du transfert de ces droits peuvent, conséquemment, agir à choix sur les plans pénal et civil, cumulativement ou alternativement (arrêt du Tribunal fédéral 1B_11/2017 du 26 avril 2017 consid. 2.2; ATF 142 IV 82 consid. 3.2).

À teneur de l'art. 382 al. 3 CPP, qui constitue une *lex specialis* (art. 379 CPP), si le prévenu, le condamné ou la partie plaignante décèdent, leurs proches au sens de l'art. 110 al. 1 CP peuvent, dans l'ordre de succession, interjeter recours ou poursuivre la procédure à condition que leurs intérêts juridiquement protégés aient été lésés.

L'art. 382 al. 3 CPP est plus restrictif que l'art. 121 al. 1 CPP, le premier imposant aux héritiers, pour pouvoir agir, de disposer d'un intérêt propre, contrairement au second (N. SCHMID / D. JOSITSCH, *Schweizerische Strafprozessordnung, Praxiskommentar*, 3^{ème} éd. 2018, n. 9 *in fine ad art. 382 CPP*).

Un tel intérêt doit être admis lorsque la décision contestée a des effets directs sur la situation patrimoniale du *de cuius* et, partant, sur celle des héritiers. Les questions pénales peuvent également être critiquées, pour autant qu'elles aient un impact sur les prétentions civiles des bénéficiaires du transfert (N. SCHMID / D. JOSITSCH, *op. cit.*, n. 7 à 9 *ad art. 382 CPP*; M. NIGGLI / M. HEER / H. WIPRÄCHTIGER [éds], *Strafprozessordnung / Jugendstrafprozessordnung, Basler Kommentar StPO/JStPO*, 2^{ème} éd., Bâle 2014, n. 5 *ad art. 382*).

2.1.2. En l'espèce, les recourants, en tant que parents et probablement seuls héritiers de la victime décédée, étaient habilités à se constituer parties plaignantes durant la procédure préliminaire (art. 121 al. 1 CPP).

Ce statut ne leur confère toutefois pas, à lui seul, la qualité pour recourir.

En effet, ils doivent, pour en disposer, justifier d'un intérêt juridiquement protégé au sens de l'art. 382 al. 3 CPP – disposition pleinement applicable *in casu*, puisqu'elle vise, notamment, les héritiers d'un *de cuius* qui n'a pas renoncé à ses droits de procédure (le lésé s'étant, à teneur de cette norme, constitué partie plaignante avant son décès) –.

Or, les recourants, qui ne sont pas personnellement titulaires du bien juridique protégé par l'art. 117 CP – seuls les droits de procédure passent aux bénéficiaires du transfert au sens de l'art. 121 al. 1 CPP –, n'indiquent pas quel impact le classement pourrait avoir sur leurs prétentions successorales. Ils n'ont, au demeurant, formulé aucune conclusion correspondante dans l'action en paiement qu'ils ont introduite contre les D_____ (seule l'indemnisation de leurs dommages personnels, en tant que parents et non héritiers, est réclamée).

Dans ces circonstances, la qualité pour recourir doit leur être déniée sous cet angle.

2.2.1. L'art. 116 al. 2 CPP confère aux proches de la victime – soit notamment aux père et mère de la personne lésée qui, du fait d'une infraction, a subi une atteinte directe à son intégrité physique (art. 116 CPP) – un statut de victime indirecte. Le droit du proche de se constituer personnellement partie plaignante implique, ce que confirme la combinaison des art. 117 al. 3 et 122 al. 2 CPP, qu'il fasse valoir des prétentions civiles propres dans la procédure pénale (ATF 139 IV 89 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1105/2016 du 14 juin 2017 consid. 2.1 et 2.2 ainsi que les références citées). Cette exigence est spécifique au proche et ne vaut pas pour le lésé, qui peut se constituer partie plaignante au pénal indépendamment de conclusions civiles (cf. art. 119 al. 2 CPP; ATF 139 IV 89 et arrêt du Tribunal fédéral 6B_1105/2016 précités). À défaut de telles prétentions, la qualité de partie des proches doit leur être déniée (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1105/2016 précité).

2.2.2. Une partie plaignante n'a pas de prétention civile si, pour les actes reprochés au prévenu, la collectivité publique assume une responsabilité exclusive de toute action directe contre l'auteur (ATF 138 IV 86 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 6B_325/2017 du 23 octobre 2017 consid. 1.1). À Genève, l'État répond seul d'un éventuel dommage causé par les employés de D_____ [centre hospitalier] (art. 5 al. 1 de la loi sur les établissements publics médicaux [LEPM; K 2 05] *cum* art. 2 et 9 de la loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes [LREC; A 2 40]; arrêt du Tribunal fédéral 6B_325/2017 précité, consid. 1.2).

2.2.3. Exceptionnellement, la jurisprudence permet, dans des circonstances très particulières – soit, en principe, l'allégation par la victime d'avoir été l'objet de violences intentionnelles atteignant un minimum de gravité de la part d'agents étatiques, susceptibles de tomber sous le coup des dispositions prohibant la torture et les traitements inhumains ou dégradants (cf. art. 3 CEDH, 7 Pacte ONU II [RS 0.103.2], 10 al. 3 Cst. féd. et 13 de la Convention des Nations Unies du 10 décembre 1984 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [RS 0.10 5]) –, de faire abstraction de la condition des conclusions civiles notamment pour entrer en matière sur un recours (arrêt du Tribunal fédéral 1B_245/2017 du 23 août 2017 consid. 2.1 et les références citées).

2.2.4. Le droit à la vie, tel qu'il est garanti à l'art. 2 CEDH, implique notamment, pour les États parties à cette convention, une obligation positive de protéger les personnes placées sous leur responsabilité, lorsque celles-ci se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulière. Le droit à la vie est également ancré à l'art. 10 al. 1 Cst. féd. Ce droit nécessite une protection juridique accrue, en particulier pour les détenus et les circonscrits au service militaire obligatoire (N. PÉTERMANN, *Les obligations positives de l'Etat dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, thèse, 2014, p. 205 et ss; arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 1.3, dans lequel cette juridiction a jugé que les parents d'un jeune homme décédé alors qu'il exécutait son service militaire disposaient de la qualité pour recourir contre le classement de la procédure dirigée contre les médecins qui avaient examiné leur fils et/ou l'avaient déclaré apte au service, en se référant notamment à l'art. 2 CEDH). La CourEDH a considéré, dans le cas d'un prisonnier qui était décédé dans des conditions suspectes, qu'il n'y avait pas lieu d'exiger des proches de la victime qu'ils fassent valoir des conclusions civiles pour participer à l'enquête officielle et effective ouverte à cette suite – enquête que les autorités ont l'obligation positive de diligenter en pareille hypothèse –; si leurs intérêts le commandaient, ce qui était le cas dès lors que la victime était décédée entre les mains de l'autorité, ces derniers devaient pouvoir participer d'office à la procédure (arrêt *Slimani contre France*, requête n° 57671/00 du 27 octobre 2004 § 27-32 et § 43-47).

Dans le domaine de la santé publique, les États ont les obligations positives suivantes en relation avec la protection du droit à la vie : garantir un accès aux soins; adopter une réglementation tendant à ce que les erreurs médicales puissent faire l'objet de poursuites pénale, civile, voire administrative, le recours à des mesures pénales n'étant toutefois pas indispensable lorsque l'atteinte à la vie résulte d'actes involontaires; assurer un niveau de compétence suffisant du personnel soignant, étant précisé qu'une erreur commise par un/des médecin(s) dans un cas isolé est impropre à engager une responsabilité de l'État en vertu de l'art. 2 CEDH (N. PÉTERMANN, *op. cit.*, pp. 205 et 230-234).

2.2.5. En l'espèce, les recourants sont des proches de la victime décédée, au sens de l'art. 116 al. 2 CPP. Pour revêtir la qualité de parties correspondante, ils doivent être

en mesure de faire valoir des prétentions civiles propres dans la procédure pénale. Or, de telles prétentions font défaut *in casu*, en l'absence d'action directe contre les employés de D_____ [centre hospitalier], vu leur qualité d'agents de l'État. Conscients de ces circonstances, les recourants ont d'ailleurs introduit une demande en paiement contre l'établissement précité auprès du Tribunal de première instance.

Dans cette perspective, la qualité de partie plaignante et, partant, la qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), doit leur être déniée.

Reste à déterminer s'il se justifie néanmoins d'entrer en matière sur le recours en application des dispositions énumérées aux considérants **2.2.3** et **2.2.4** ci-dessus.

À cet égard, la commission d'actes de violence, qui plus est de manière intentionnelle, ne peut être retenue. En effet, les soins prodigués et actes médicaux décidés par le personnel soignant de D_____ [centre hospitalier] – dont on examinera *infra* s'ils ont respecté les règles de l'art – ont eu comme unique but de soulager C_____, et non de péjorer son état de santé physique et/ou psychique, de lui infliger un mauvais traitement, de l'humilier ou de porter atteinte à sa dignité humaine. Les comportements incriminés ne tombent donc pas sous le coup du droit conventionnel précité.

Enfin, dans la mesure où l'art. 2 CEDH n'impose pas de réprimer pénalement les atteintes involontaires à la vie résultant d'erreurs médicales et où la commission de manquements isolés est impropre à engager une responsabilité au sens de ce même article, les comportements dénoncés ne sauraient davantage tomber sous le coup de cette disposition.

Partant, la qualité pour recourir doit être déniée aux intéressés sous cet angle également.

Contrairement à ce qu'affirment les recourants, ce résultat ne préjudicie en rien le sort de l'action en paiement qu'ils ont intentée, à défaut pour le jugement pénal – *in casu* l'ordonnance de classement qu'ils ne peuvent contester – de lier le magistrat civil (art. 53 CO; arrêt du Tribunal fédéral 6B_11/2017 du 29 août 2017 consid.1.2).

2.3. Les considérations qui précèdent constituent, certes, un changement de jurisprudence, la Chambre de céans ayant admis par le passé – sans y consacrer de développement particulier – la qualité pour recourir de proches d'une victime décédée aux D_____, contre le classement d'une procédure pénale (cf. ACPR/172/2018 du 21 mars 2018).

Il convient toutefois de rétablir une pratique conforme au droit fédéral, ce qui ne revient en aucun cas à favoriser l'impunité d'agents étatiques au regard de l'art. 117 CP, les infractions à cette disposition se poursuivant d'office.

2.4. En conclusion sur ces points, le recours doit être déclaré irrecevable.

3. À titre subsidiaire, le recours, s'il avait été recevable, aurait dû être rejeté pour les motifs exposés ci-après.
4. Les recourants critiquent, dans un premier grief, la validité de l'expertise, à laquelle ils dénie toute valeur probante.

4.1. Selon la jurisprudence et conformément à l'art. 10 al. 2 CPP, le juge apprécie en principe librement une expertise et n'est pas lié par les conclusions de son auteur (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral 6B_445/2016 du 5 juillet 2017 consid. 5.7.1). En matière technique, il ne peut toutefois s'en écarter que pour de sérieux motifs. Il lui incombe d'apprécier les preuves et de résoudre les questions juridiques qui en découlent. Aussi est-il tenu d'examiner, sur le vu des preuves et des allégués des parties, s'il y a des motifs suffisants de douter de l'exactitude de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 6P.40/2006 du 30 août 2006 consid. 2.1). Tel est le cas lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité (ATF 142 IV 49 et arrêt du Tribunal fédéral 6B_445/2016 précités), par exemple, si l'expert ne répond pas aux questions qui lui sont posées, s'il ne motive pas ses conclusions, si ces dernières sont contradictoires ou si l'expertise est entachée de lacunes telles qu'elles sont reconnaissables sans connaissance spécifique (ATF 141 IV 369 consid. 6.1; arrêt du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.2).

4.2. L'expertise privée n'a pas la même valeur probante qu'une expertise judiciaire, le spécialiste mandaté par une partie n'étant ni indépendant, ni impartial. Ainsi, les résultats issus d'un rapport privé réalisé sur mandat d'une partie sont soumis au principe de la libre appréciation des preuves et considérés comme de simples allégués de cette partie (ATF 142 II 355 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1435/2017 du 17 mai 2018 consid. 2.1).

4.3.1. En l'espèce, les recourants s'en prennent, tout d'abord, à l'impartialité de l'expert.

Il leur aurait toutefois appartenu de former sans délai (art. 58 al. 1 CPP), à compter du 2 novembre 2016, date à laquelle ils ont appris l'existence des motifs exposés à la lettre **B.i.b** ci-dessus, une demande de récusation contre le prénommé auprès de la Chambre de céans (art. 56 *cum* art. 183 al. 3 CPP; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1424/2017 du 18 juin 2018 consid. 3.2 et 1B_243/2012 du 9 mai 2012 consid.

1.1), ce qu'ils n'ont pas fait. Ils sont donc déchus du droit de s'en prévaloir à ce stade (ATF 140 I 271 consid. 8.4.3; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1424/2017 précité).

4.3.2. Les recourants soutiennent ensuite que l'expert aurait qualifié à tort la G_____ d'institution ouverte.

Il résulte des déclarations recueillies auprès du personnel soignant, avant que l'expert ne rende son rapport, que l'unité n'était pas considérée comme fermée du point de vue médico-légal (F_____ et J_____). La porte sécurisée ne servait qu'à délimiter l'institution (J_____) et à empêcher des entrées indésirables (déclarations des deux prénommées ainsi que d'M_____ et I_____). Les patients n'y étaient pas sous contrainte et pouvaient sortir; pour ce faire, ils devaient s'adresser au personnel soignant, ce qui permettait de créer des contacts, étant précisé que les modalités de sortie pouvaient varier selon les personnes (I_____).

Confrontant ces explications, respectivement celles qu'il avait personnellement collectées, aux observations et expériences de services analogues dans d'autres hôpitaux, l'expert les a jugées crédibles. Il a considéré que la porte sécurisée du service n'avait pas pour finalité d'assurer une "*contention matérielle*" des patients, notamment en vue d'éviter un risque suicidaire; elle tendait à garantir des conditions de soins optimales, dans un endroit clos qui favorisait "*le centrage sur ses problèmes, l'établissement d'une relation thérapeutique et une mise à distance du monde extérieur, conditions propices au succès* [des] hospitalisations brèves".

Contrairement à ce que soutiennent les recourants, les déclarations recueillies postérieurement auprès de N_____ ne contredisent nullement l'expertise rendue. En effet, le prénommé a précisé qu'en qualifiant la G_____ d'"*unité fermée*", il entendait simplement dire que ce service était clos par une porte sécurisée; de surcroît, aucune de ses autres explications n'infirme les conclusions de l'expertise.

Force est donc de considérer que le constat de l'expert selon lequel la G_____ n'est pas une institution fermée concorde avec les éléments du dossier.

La mesure "*pavillonnaire*" dont a bénéficié C_____, étant une prescription individuelle, ne saurait influencer sur le caractère, fermé ou ouvert, de la G_____; il sera revenu sur cet aspect ci-dessous, au considérant **5.4.4**, dans le cadre de l'examen de l'éventuelle violation d'un devoir de surveillance.

4.3.3. Les recourants font grief à l'expert de s'être prononcé sur les conséquences juridiques de l'absence de prescription de médicaments à leur fille, respectivement de s'être référé à la notion de droit français de "*perte de chance*".

Ils se méprennent toutefois sur la portée de ces développements. En effet, l'intéressé a estimé qu'il n'était pas certain que cette absence de prescription ait joué un rôle dans la survenance du décès; ce constat se rapporte à la causalité naturelle et relève, en conséquence, du fait (ATF 132 III 715 consid. 2.2). De même, l'expert a précisé, lors de son audition, en relation avec la notion de "*perte de chance*", qu'il devait exister un "*concours de faits*" conduisant au passage à l'acte; il a ensuite détaillé ce "*concours de faits*" dans le cas de C_____.

L'expert a donc, avant tout, donné des explications factuelles sur la condition de la causalité.

Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que l'expert se serait mépris sur son rôle. Au demeurant, on ne voit pas quel impact la référence à la notion juridique française de "*perte de chance*", replacée dans le contexte précité, pourrait avoir sur la validité de l'expertise.

4.3.4. Les recourants reprochent à l'expert de ne pas avoir auditionné N_____, K_____, les époux A/B_____ ainsi que divers patients de la G_____.

L'expert a, certes, allégué qu'il lui aurait été utile d'entendre les médecins du service précité en relation avec ses conclusions relatives à la non-prescription de médicaments. Il a toutefois fourni, tant dans son rapport que lors de son audition, les précisions nécessaires pour permettre de déterminer si l'absence d'une telle prescription, respectivement si l'éventuelle omission, par les médecins, de discuter de cette problématique, puis d'en consigner le résultat au dossier, constituaient une violation des règles de l'art; il a également donné les informations idoines pour permettre d'apprécier, en tant que de besoin, les explications que N_____ et K_____ ont fournies ultérieurement devant le Ministère public. Dans ces circonstances, le fait que l'expert n'a pas entendu les intéressés ne prète nullement à conséquence.

Concernant les recourants, il n'apparaît pas que ceux-ci auraient pu apporter à l'expert des éléments utiles sur le fonctionnement des institutions objets de l'expertise; l'expert n'a d'ailleurs pas précisé les raisons pour lesquelles leur audition aurait été souhaitable. S'agissant des explications qu'ils ont fournies au Ministère public postérieurement à l'expertise concernant l'attitude de leur fille le 6 août 2014 au matin, elles sont, pour les motifs qui seront développés au considérant **5.4.3** ci-dessous, impropres à modifier l'issue du litige; le fait que l'expert n'a pas pu les prendre en considération et/ou n'a pas pu personnellement interroger les recourants à leur sujet ne saurait, en conséquence, remettre en cause la validité de son rapport.

Enfin, on ignore quels patients de la G_____ les recourants souhaitaient voir interroger par l'expert, sous réserve de O_____.

figurent toutefois déjà au dossier; on ne voit donc pas quels compléments – et les recourants n'en citent aucun – l'intéressée aurait pu apporter à l'expert. Son audition ne s'imposait donc nullement.

4.3.5. Les recourants relèvent, à juste titre, que l'expertise ne fait pas mention de la pièce C 2'030, et pour cause puisqu'elle a été versée au dossier en janvier 2017, soit postérieurement à la reddition du rapport. Le fait que l'expert n'a pas pu la prendre compte est toutefois sans conséquence. En effet, le dossier comporte suffisamment d'éléments pour que la Chambre de céans statue sur les arguments soulevés à son sujet – étant précisé que ledit document ne comporte aucune donnée technique, puisqu'il détaille la liste des soins que devait recevoir C_____ au sein de la G_____ –. En tout état, la teneur de cette pièce n'est, pour les raisons qui seront exposées au considérant **5.4.3** *infra*, pas décisive pour le sort de la cause.

En revanche, contrairement à ce que soutiennent les parents de la victime, l'expertise fait expressément référence aux déclarations de O_____ et P_____, en page 33 (§ 1525). L'expert a d'ailleurs confirmé avoir pris connaissance de celles-ci pour rédiger son rapport.

4.3.6. Du point de vue des recourants, l'avis émis par S_____ devrait primer l'appréciation de l'expert.

Cet avis constituant une expertise privée, il ne saurait revêtir la même valeur probante que l'expertise judiciaire, le psychiatre mandaté par les intéressés n'étant ni indépendant, ni impartial.

Par ailleurs, S_____ se contente de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, sans faire état ni exploiter d'élément nouveau, dont Q_____ n'aurait pas eu connaissance, sous réserve des explications fournies par ses patients – explications qui, selon ce qui a été jugé *supra*, sont impropres à modifier l'issue du litige –.

Enfin, les recourants ne précisent pas pour quels motifs l'opinion de leur médecin devrait être préférée à celle de Q_____, se contentant, à cet égard, de renvoyer à l'attestation de S_____.

4.4. En conclusion, aucune circonstance ni indice n'ébranle la crédibilité de l'expertise.

- 5.** Les recourants estiment suffisante la prévention d'homicide par négligence à l'encontre des membres du personnel idoines de D_____ [centre hospitalier] et sollicitent leur mise en accusation.

5.1. Le ministère public ordonne le classement de la procédure lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (art. 319 al. 1 let. b CPP). Cette condition doit être interprétée à la lumière de la maxime "*in dubio pro duriore*", selon laquelle un classement ne peut généralement être prononcé que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le ministère public et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation semblent équivalentes, en particulier en présence d'infractions graves (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1177/2017 du 16 avril 2018 consid. 2.1).

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

Lorsque plusieurs individus ont, indépendamment les uns des autres, contribué par leur négligence à créer un danger dont le résultat incriminé représente la concrétisation, chacun d'entre eux peut être considéré comme auteur de l'infraction (auteur dit juxtaposé), que son comportement représente la cause directe et immédiate du résultat ou qu'il l'ait "*seulement*" rendu possible ou favorisé (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1371/2017 du 22 mai 2018 consid. 1.1).

5.3. La réalisation de l'infraction suppose la réunion de trois conditions : le décès de la victime, une négligence et un lien de causalité entre cette négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 2.2).

5.3.1. Pour qu'il y ait négligence (art. 12 al. 3 CP), il faut que l'auteur ait, d'une part, violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et que, d'autre part, il n'ait pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité et les références citées).

L'auteur viole les règles de la prudence s'il omet, alors qu'il occupe une position de garant (art. 11 al. 2 et 3 CP) – comme cela est le cas du médecin et du personnel soignant à l'égard de leur patient (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1065/2013 du 23 juin 2014 consid. 1.1) – et que le risque dont il doit empêcher la réalisation vient à dépasser la limite de l'admissible, d'accomplir une action dont il devrait se rendre compte, de par ses connaissances et aptitudes personnelles, qu'elle était nécessaire pour éviter un dommage (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité et les références citées).

Pour déterminer concrètement les devoirs découlant de l'obligation de diligence, le juge peut, notamment, se fonder sur des principes généraux ou une expertise. 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 dépendent 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. 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. Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et 2.3 ainsi que les références citées). Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin d'avoir outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge; le point décisif est, au contraire, la conclusion que le médecin devait tirer de la situation de fait au moment où il a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu (ATF 130 I 337 consid. 5.3; 130 IV 7 précité).

S'il y a eu violation des règles de la prudence, encore faut-il que celle-ci puisse être imputée à faute, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, d'avoir fait preuve d'un manque d'effort blâmable (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2, et les références citées).

5.3.2. 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 consid. 2.2 et les références citées).

5.4.1. En l'espèce, les recourants soutiennent, tout d'abord, que l'état de santé de leur fille requérait qu'elle fût placée dans une unité fermée, au vu de la gravité de la crise

survenue le 4 août 2014 ainsi que du diagnostic posé par E_____, soit celui de trouble psychotique.

Il a été jugé au considérant **4.3.2** ci-dessus que la G_____ était une institution ouverte. Conscient de cette caractéristique, l'expert a estimé adéquate l'hospitalisation de la jeune femme au sein de ce service. De même, il a dûment pris en compte, dans son analyse, les deux critères dont se prévalent les recourants ("*situation de détresse psychique aiguë [et] débordement psycho-comportemental critique*"), à l'instar d'autres éléments également pertinents ("*absence d'antécédents ou de soins antérieurs de nature psychiatrique, absence de manifestations psychotiques envahissantes, prise de conscience suffisante par la malade du caractère pathologique de ses troubles, acceptation des soins hospitaliers par celle-ci*").

Il résulte des considérations qui précèdent que la G_____ était un établissement approprié pour accueillir C_____. Les recourants en sont d'ailleurs convenus devant le Ministère public, puisqu'ils ont indiqué avoir été soulagés, en août 2014, par le fait que leur fille ne serait pas hospitalisée à L_____, ce qui aurait été traumatisant pour elle.

L'existence d'une violation des règles de l'art médical donc être niée sur ce point.

5.4.2. Les recourants critiquent, d'une part, la non-prescription de médicament à leur fille lors de son admission à la G_____ et, d'autre part, l'absence de consignation au dossier médical d'une réflexion menée en ce sens, lacunes qui seraient susceptibles d'être réprimées par l'art. 117 CP.

Ils se méprennent toutefois sur la portée de l'expertise en estimant qu'il y serait retenu que la non-administration d'un traitement constituerait une violation des règles de l'art. En effet, l'expert n'a, à aucun moment, été catégorique sur ce point, se contentant d'évoquer cette question sous la forme d'une éventualité, sans donner davantage d'explication. Invité par le Procureur à préciser son point de vue, il a déclaré, après avoir passé en revue les éléments topiques, en particulier le fait que la crise du 4 août 2014 n'avait pas de dimension suicidaire, respectivement le fait que le risque de tentamen avait été exclu par les médecins de E_____, puis de la G_____ au moment de l'admission, que "*la prise de médicament ne s'imposait pas*".

Dans ces circonstances, la question de savoir si l'absence de prescription d'un traitement par N_____ et K_____ était intentionnelle ou résultait d'une erreur peut demeurer indécise, dite absence ne contrevenant à aucune obligation d'agir. Une violation des règles de l'art médical ne saurait donc être reprochée aux précités de ce chef.

À titre superfétatoire, l'expert a relevé, dans son rapport, qu'il n'était pas certain que la non-administration de médicament ait joué un rôle déterminant dans la survenance du raptus suicidaire. L'existence d'un lien de causalité supposant une très grande vraisemblance, la réalisation de cette condition ne pourrait qu'être niée dans le cas d'espèce.

Enfin, l'absence de consignation au dossier médical d'une réflexion afférente à la prescription d'un traitement a, certes, été qualifiée de violation des "*bonnes pratiques*" par l'expert. L'on ne distingue toutefois pas dans quelle mesure le respect de cette obligation aurait permis d'éviter le suicide de C_____. L'existence d'un lien de causalité entre cette omission et le décès doit, ici également, être niée.

5.4.3. Les recourants critiquent la prise en charge de leur fille au sein de la G_____ le 6 août au matin, aux motifs qu'elle n'aurait pas bénéficié d'un grand nombre de soins qui lui avaient été prescrits, énumérés à la pièce C 2'030, respectivement que l'équipe soignante n'aurait pas tenu compte "*de[s] nombreux symptômes de dégradation de son état de santé*".

Contrairement à ce qui est prétendu au sujet desdits soins, la séance de "*soutien relationnel*" devait, à teneur de la pièce précitée, avoir lieu le 6 août en soirée, et non dans la matinée; il en va de même de l'entretien médico-infirmier, qu'il y avait lieu d'appointer dans la journée, sans autre précision, si bien qu'en fixant cet entretien à 13h30, les intervenants médicaux se sont conformés au protocole de traitement. Il appert également que le sommeil de la jeune femme a été régulièrement évalué dans la nuit du 5 au 6 août, puisque, selon les indications consignées au dossier médical par l'équipe de nuit, elle s'était réveillée à 4h30, donnée permettant d'inférer qu'elle était assoupie lors des précédents contrôles; l'indication selon laquelle elle ne se serait ensuite pas rendormie – toujours selon les constats de l'équipe de nuit – permet également de retenir qu'une/des inspection ont eu lieu postérieurement (le dernier contrôle était fixé à 6h30, soit avant que l'infirmière de jour, H_____, ne débute son service). Concernant l'accompagnement des patients à l'extérieur, trois plages horaires étaient prévues, soit 8h30, 10h30 et 13h00; or, C_____ a pu bénéficier d'une sortie pour fumer à 8h30, selon les déclarations de I_____, puis en milieu de matinée avec son père. Enfin, il résulte des éléments consignés au dossier médical par les doctresses J_____ et K_____ qu'une évaluation infirmière a eu lieu juste avant que la jeune femme ne sorte avec son père.

En tout état, le fait que certains des points du protocole de soins précité auraient pu ne pas être respectés n'est, en tant que tel, pas décisif. En effet, seul importe, pour statuer sur l'existence d'une violation des règles de l'art en relation de causalité avec le résultat survenu, de déterminer si le risque suicidaire a été évalué par l'équipe soignante, le cas échéant de façon suffisante.

À cet égard, les intervenants médicaux ont pu observer la jeune femme à plusieurs reprises durant la matinée du 6 août 2014, évaluant à ces occasions un tel risque. Ainsi, H_____ a déclaré avoir discuté avec l'intéressée "*probablement*" à quatre moments différents; I_____ l'a, pour sa part, vue lors du petit-déjeuner, à 8h30 quand elle l'a accompagnée pour fumer une cigarette, durant le groupe thérapeutique, puis entre 11h15 et 11h30 lorsque la jeune femme lui a demandé de sortir en sa compagnie. Quant aux doctresses J_____ et K_____, elles ont eu l'occasion de l'examiner lors de la séance de crise (selon les données consignées au dossier médical).

Les indications précitées sont compatibles, tant en ce qui concerne le principe même de l'observation du risque suicidaire que la fréquence de ces observations, avec les constats de l'expert (cf. § 1'240-1'250 du rapport d'expertise). En effet, ce dernier – qui a visité la G_____ – a relevé que la taille réduite de l'unité et le nombre important de soignants et de médecins qui y travaillent créent une proximité avec les patients, ce qui correspond au but thérapeutique recherché. Toujours selon l'expert, la surveillance des comportements s'y effectue spontanément, le personnel étant, par ailleurs, spécifiquement orienté vers la reconnaissance d'un risque suicidaire.

D'après les constats effectués par les intervenants médicaux lors des observations précitées, le risque de suicide n'était pas décelable chez C_____, raison pour laquelle il avait été écarté. En effet, la jeune femme allait plutôt bien (déclarations de H_____) et était collaborante pour les soins (I_____). Lors du groupe de crise, son attitude avait été adéquate (I_____; donnée consignée au dossier médical par les doctresses J_____ et K_____). Il n'y avait eu aucun signe inquiétant particulier (I_____).

Partageant cette analyse, l'expert a considéré que la cause ayant conduit au décès de C_____ était l'irruption d'un "*raptus psychotique*", soit un envahissement psychique brutal susceptible d'apparaître de manière quasi-instantanée, sans signe prémonitoire.

Les recourants contestent que le geste fatal de leur fille aurait été imprévisible. Ils font grief aux intervenants médicaux de ne pas avoir tenu compte que C_____ s'était présentée comme une infirmière lors du groupe de crise.

Il résulte cependant des déclarations de O_____ que la jeune femme plaisantait à cette occasion. Cette attitude était donc plutôt de nature à rassurer les soignants.

Les recourants soulignent aussi que C_____ avait pleuré et tremblé en présence de O_____. Elle avait également eu des tressaillements et tenu des propos incohérents lors de leurs visites; ses affaires étaient en outre éparpillées sur son lit.

Même en admettant, comme ils le soutiennent, que de tels comportements, par hypothèse avérés, dénoteraient un état psychotique caractérisé, l'existence d'un risque suicidaire ne pourrait être retenue, à tout le moins pas avec une vraisemblance suffisante. En effet, trouble psychotique et risque suicidaire ne sont pas indissociables; pour cette raison d'ailleurs, l'expert a retenu que ce risque avait été, à juste titre, évalué et écarté au sein de E_____, en dépit de l'état psychotique que présentait déjà la jeune femme. De plus, C_____ n'a pas évoqué d'idéation suicidaire durant les deux épisodes objets du présent examen, que ce soit en présence de O_____ ou de ses parents. Au contraire, elle semblait encore se projeter dans l'avenir au moment où elle discutait avec sa mère, puisqu'elle lui a dit souhaiter prendre des cours de chant.

S'ajoute aux éléments qui précèdent le fait que les intervenants médicaux ignoraient l'existence de ces événements, qui ont eu lieu à huis-clos – ni O_____ ni les recourants n'ont indiqué que des tiers y auraient assisté – et dont le déroulement ne leur a pas été rapporté – aucun des précités n'a allégué avoir informé le personnel de leurs constats, B_____ ayant, pour sa part, expressément indiqué n'avoir "*malheureusement rien dit*" –. Dans ces circonstances, le fait de ne pas avoir pris en compte ces épisodes ne saurait être reproché aux soignants.

En conclusion, les trois occurrences citées par les recourants sont impropres à étayer l'existence d'une négligence blâmable s'agissant de l'évaluation du risque suicidaire au sein de la G_____.

5.4.4. Les recourants reprochent à I_____ d'avoir fait preuve d'une grave négligence en omettant de s'assurer, au moment où elle sortait de l'unité, qu'elle n'était pas suivie, respectivement en omettant d'attendre que la porte se referme avant de quitter les lieux.

Statuer sur ce point implique de déterminer s'il existait un devoir de surveillance de la part du personnel soignant.

De manière générale, aucune obligation de vigilance ne s'imposait à l'égard des patients de la G_____, à défaut pour cette institution de revêtir un caractère fermé.

Il n'existait pas non plus de mesure de surveillance spécifique ordonnée en faveur de C_____. En effet, l'intéressée était placée en régime ordinaire et non privée de liberté à des fins d'assistance. Par ailleurs, son traitement "*pavillonnaire*", à savoir l'obligation de sortir accompagnée par des soignants, était identique à celui usuellement prescrit aux nouveaux patients de l'unité durant les 24 ou 48 premières heures. Cette prescription tendait, selon les déclarations convergentes de N_____ et O_____ (cf. pièce C 175, 3^e §), à favoriser une observation accrue des intéressés. Or, aucun élément du dossier ne permet de considérer que la mesure "*pavillonnaire*"

aurait eu, dans le cas de C_____, une autre finalité que celle-là, par exemple la prévention d'un risque. Pour cette raison, l'expert a nié qu'une obligation de vigilance fût applicable à la jeune femme.

Enfin, les circonstances qui prévalaient au moment où I_____ a quitté l'unité n'étaient pas de nature à éveiller sa méfiance. Ainsi, il a été jugé au considérant **5.4.3** *supra* que le risque suicidaire n'était pas décelable; en conséquence, on ne saurait reprocher à l'infirmière de ne pas avoir pris de mesure de surveillance propre à l'éviter. De surcroît, rien ne laissait présager de fugue, C_____ ayant demandé à I_____, dix minutes environ avant qu'elle ne s'enfuie, de l'accompagner pour sortir fumer – étant précisé qu'il n'apparaît pas que la soignante aurait été informée de précédentes demandes de sortie que C_____ aurait, d'après les recourants, formulées en vain auprès de tiers durant la matinée, de sorte qu'on ne saurait lui reprocher de ne pas en avoir tenu compte –. De même, C_____ se trouvait assise sur un canapé à quelques mètres de la porte lorsque I_____ a quitté l'unité (selon les dires de l'infirmière, non contestés par les recourants), ayant attendu que cette dernière soit sortie pour courir (déclarations de P_____) et se faufiler dans l'entrebâillement de ladite porte (O_____ et P_____); dans ces circonstances, on ne saurait considérer ce comportement comme prévisible, quand bien même la jeune femme semblait, dix minutes avant sa fugue, contrariée par le fait de devoir encore patienter pour sortir fumer.

En regard de ces éléments, aucun devoir de surveillance n'était applicable, ni ne se justifiait. Une négligence de I_____ doit donc être niée.

5.4.5. Les recourants se prévalent en vain de deux affaires jugées par la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal vaudois en 2017 dans lesquelles le classement de procédures ouvertes à la suite du suicide de patients qui s'étaient échappés d'établissements hospitaliers, avait été annulé.

En effet, lesdites affaires divergent du cas d'espèce, dans la mesure où l'autorité précitée a suivi les conclusions de l'expert mis en œuvre durant l'instruction, lequel avait admis que la prise en charge hospitalière des deux patients contrevenait aux règles de l'art. Or, il a été jugé aux considérants **5.4.2** à **5.4.4** ci-dessus que le suivi et la surveillance de C_____ au sein de la G_____ étaient exempts de reproche.

5.5. En conclusion, les conditions de l'art. 117 CP ne sont pas réalisées. Une mise en accusation de membres du personnel de D_____ [centre hospitalier] du chef d'homicide par négligence n'a donc pas lieu d'être.

- 6.** Subsidiairement, les recourants soutiennent qu'il existerait des "zones d'ombre" concernant la réactivité de J_____ à l'annonce de la fugue de leur fille. En refusant de procéder, comme ils l'avaient demandé, à une confrontation entre la prénommée et

O_____, le Procureur avait violé leur droit d'être entendus. La cause devait donc lui être retournée pour complément d'instruction sur ce point.

6.1. Lorsque les preuves réunies au stade du classement ne permettent pas de retenir un fait qui correspond à un élément constitutif de l'infraction (art. 319 al. 1 let. b CPP), l'enquête doit se poursuivre pour élucider plus complètement la situation (ACPR/126/2018 du 6 mars 2018; DCPR/151/2011 du 30 juin 2011). Il n'y a toutefois pas lieu d'administrer des preuves sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité ou déjà suffisamment prouvés (art. 139 al. 2 CPP).

Le refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu d'une parties que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le ministère public a procédé, est entachée d'arbitraire (arrêt du Tribunal fédéral 6B_345/2017 du 16 janvier 2018 consid. 1.1; ATF 141 I 60 consid. 3.3).

6.2. En l'espèce, le Procureur a considéré que les dires de O_____ – dont les recourants souhaitent prouver la réalité – selon lesquels J_____ a refusé d'intervenir après avoir été informée de la fugue de C_____, étaient contredits par les déclarations d'autres protagonistes. Pour ce motif, il a implicitement rejeté les demandes d'auditions formées par les parents de la victime.

Les questions de savoir si cette appréciation anticipée des preuves est soutenable, respectivement si ce refus d'instruire viole le droit d'être entendus des recourants, souffrent de demeurer indécis, puisque la version de O_____, en admettant qu'elle soit avérée, serait impropre à modifier l'issue du litige.

En effet, un laps de temps de 7 minutes environ s'est écoulé entre la fugue de C_____ – que les recourant situent, à l'instar de I_____, vers 11h30 – et le décès – soit 11h37 selon les constats de la police. Dans l'hypothèse où les démarches idoines auraient été effectuées immédiatement par J_____ – à savoir, selon la directive topique, étudier le dossier pour évaluer les risques encourus, décider s'il y avait lieu d'avertir la famille, déterminer s'il convenait de déclencher une recherche, le cas échéant normale ou urgente, par la police et consigner ses décisions au dossier –, il apparaît peu probable que celles-ci auraient permis d'empêcher la survenance du décès. Ainsi, même avertis immédiatement, les gendarmes auraient mis un certain temps à arriver sur place (en admettant qu'ils aient commencé leur recherche par les D_____) et auraient, à l'instar de I_____, probablement débuté leur investigation en se rendant aux emplacements fumeurs de l'hôpital plutôt que dans les étages, l'hypothèse d'une défenestration n'étant alors envisagée par aucun protagoniste.

En conséquence, au vu des quelques minutes d'intervalle séparant la fuite du décès, une réaction plus rapide de J_____ n'aurait, selon toute vraisemblance, pas permis

d'éviter l'issue fatale. L'existence d'un lien de causalité entre l'omission alléguée et le suicide doit donc être niée.

Dans ces circonstances, un renvoi de la cause au Ministère public pour complément d'instruction n'a pas lieu d'être.

7. Les recourants succombent. Ils supporteront solidairement (art. 418 al. 2 CPP) les frais envers l'Etat (art. 428 al. 1, 2^{ème} phrase, CPP) qui seront fixés à CHF 1'500.- en totalité, émoluments de décision inclus (art. 3 *cum* art. 13 al. 1 Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale [RTFMP; E 4 10 03]); cette somme sera prélevée sur le montant des sûretés versées par leurs soins (art. 383 CPP).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

Déclare le recours irrecevable.

Condamne A_____ et B_____ solidairement aux frais de la procédure de recours, qui seront fixés en totalité à CHF 1'500.-.

Dit que ce montant sera prélevé sur les sûretés versées.

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, aux recourants, soit pour eux leur conseil, ainsi qu'au Ministère public.

Siégeant :

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Monsieur Christian COQUOZ et Madame Daniela CHIABUDINI, juges; Madame Sandrine JOURNET EL MANTIH, greffière.

La greffière :

Sandrine JOURNET EL MANTIH

La présidente :

Corinne CHAPPUIS BUGNON

Voie de recours :

Le Tribunal fédéral connaît, comme juridiction ordinaire de recours, des recours en matière pénale au sens de l'art. 78 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 78 à 81 et 90 ss LTF. Le recours doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète de l'arrêt attaqué.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF).

P/15340/2014

ÉTAT DE FRAIS

COUR DE JUSTICE

Selon le règlement du 22 décembre 2010 fixant le tarif des frais en matière pénale (E 4 10.03).

Débours (art. 2)

- frais postaux	CHF	20.00
-----------------	-----	-------

Émoluments généraux (art. 4)

- délivrance de copies (let. a)	CHF	
- délivrance de copies (let. b)	CHF	
- état de frais (let. h)	CHF	75.00

Émoluments de la Chambre pénale de recours (art. 13)

- décision sur recours (let. c)	CHF	1'405.00
-	CHF	

Total	CHF	1'500.00
--------------	-----	-----------------