



POUVOIR JUDICIAIRE

P/23248/2016

ACPR/334/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre pénale de recours**

**Arrêt du jeudi 9 mai 2019**

Entre

A \_\_\_\_\_, domicilié \_\_\_\_\_, comparant par M<sup>e</sup> Marc HOCHMANN FAVRE, avocat, LHA  
Avocats, rue du Rhône 100, case postale 3403, 1211 Genève 3,

recourant,

contre l'ordonnance de non-entrée en matière 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 19 décembre 2018, A\_\_\_\_\_ recourt contre l'ordonnance rendue par le Ministère public le 29 juin 2018, notifiée le 10 décembre 2018, par laquelle cette autorité a refusé d'entrer en matière sur la procédure pénale ouverte à la suite du décès de sa mère, B\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2016.

Le recourant conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause au Ministère public, en vue de procéder à divers actes d'instruction, en particulier à l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ et du médecin ayant pris en charge sa mère au sein de la Clinique de E\_\_\_\_\_.

- b.** Le recourant a versé les sûretés en CHF 1'500.- qui lui étaient réclamées par la Direction de la procédure.

- B.** Les faits pertinents pour l'issue du litige sont les suivants :

- a.** B\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1949, était suivie par les docteurs D\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et C\_\_\_\_\_, cardiologue.

Elle souffrait d'une cardiopathie dilatée idiopathique, d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie, de diabète de type II non insulino-requérant, de la maladie de Parkinson, ainsi que d'un état anxio-dépressif.

Son état de santé impliquait la prise de divers traitements médicamenteux: elle consommait quotidiennement un anti-hypertenseur (périndopril), un traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension artérielle (carvédilol), un antidépresseur (fluoxétine), un antiparkinsonien (pramipexole) et un antiarythmique cardiaque (flécaïnide).

Du 17 au 23 novembre 2016, B\_\_\_\_\_ a été hospitalisée à la Clinique de E\_\_\_\_\_, dans le contexte d'une septicémie, à la suite d'une infection urinaire. Dans le cadre de son hospitalisation, elle a bénéficié d'une antibiothérapie par Rocéphine, par voie intraveineuse, relayée après 5 jours par de la Ciproxine (ciprofloxacine), traitement qu'elle a dû poursuivre jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre inclus.

Le 29 novembre 2016, elle a consulté son cardiologue en semi-urgence en raison de difficultés respiratoires, associées à des palpitations cardiaques. Son cardiologue a constaté une anomalie rythmique entraînant une bradycardie (baisse de la fréquence des battements cardiaques), sans dysfonction ventriculaire à l'échographie cardiaque. Un rendez-vous de contrôle a été fixé au 7 décembre 2016.

**b.** Le \_\_\_\_\_ 2016, vers 8h00, B\_\_\_\_\_ a été trouvée, sans vie, à son domicile, par son sous-locataire, F\_\_\_\_\_. Le décès a été constaté à 11h23, par un médecin de la REGA.

**c.** Le jour-même, le Ministère public a ordonné l'autopsie médico-légale du corps.

Le 6 décembre 2016, un rapport préliminaire a été rendu par le Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML), dont il ressort que les causes du décès n'avaient pas été établies et que des analyses complémentaires histologiques, toxicologiques et bactériologiques étaient en cours.

**d.** Selon un rapport d'autopsie médico-légale daté du 15 mai 2018, les analyses toxicologiques effectuées le 9 mars 2017 ont révélé la présence de fluoxétine, de norfluoxétine (métabolite de la fluoxétine) et de flécaïnide dans le sang et dans l'urine de la défunte.

Selon les médecins légistes, les concentrations de fluoxétine et de norfluoxétine mesurées dans le sang se situaient au-dessus des valeurs thérapeutiques, dans la fourchette des valeurs toxiques, potentiellement létales.

Les concentrations de flécaïnide mesurées dans le sang et dans l'urine se situaient de surcroît au-dessus des valeurs thérapeutiques, dans la fourchette des valeurs observées chez les personnes décédées à la suite d'une consommation importante de flécaïnide.

Ces taux suggéraient donc un possible surdosage.

Par ailleurs, selon le rapport de consultation de pharmacologie clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 7 mars 2018, il existait plusieurs interactions pharmacocinétiques (étude du devenir des médicaments dans l'organisme) et pharmacodynamiques (étude de l'action des médicaments sur l'organisme) entre le traitement habituel de la défunte (fluoxétine et flécaïnide) et la ciprofloxacine (médicament administré par la Clinique de E\_\_\_\_\_, dans le cadre de son hospitalisation).

Sur le plan pharmacodynamique, la flécaïnide et la ciprofloxacine, à des concentrations thérapeutiques, faisaient partie de la catégorie des médicaments associés à un risque démontré de torsade de pointe (trouble du rythme cardiaque). La fluoxétine présentait un risque conditionnel de survenue de torsade de pointe, par exemple en cas de dose excessive ou d'interactions médicamenteuses.

L'imputabilité de ces trois substances dans la survenue du décès de B\_\_\_\_\_ était de l'ordre du possible (probabilité de 21-60%), selon les normes de l'OMS.

Le rapport d'autopsie concluait que le décès de cette dernière était dû à une intoxication médicamenteuse mixte à la fluoxétine et à la flécaïnide, substances dont les effets pouvaient se potentialiser mutuellement, chez une patiente connue et traitée pour des troubles du rythme cardiaque.

Les experts ont ajouté qu'il était possible, si nécessaire et sur mandat spécial, de confronter les éléments contenus dans le rapport d'autopsie aux données cliniques pour une éventuelle évaluation de la prise en charge médicale.

**e.** Sur la base de ces éléments, le Ministère public a, par ordonnance "fichet" du 29 juin 2018, décidé de ne pas entrer en matière sur les faits précités. Le document ne comporte aucune motivation.

**f.** Par courrier de son conseil du 22 novembre 2018, A\_\_\_\_\_ a déclaré se constituer partie plaignante et a demandé à pouvoir consulter le dossier de la procédure.

Il a également pris des conclusions civiles (qu'il n'a pas chiffrées) en versement, notamment, d'une indemnité pour tort moral.

**C.** Par courrier du 4 décembre 2018, notifié le 10 décembre 2018, le Ministère public l'a informé de ce qu'une ordonnance de non-entrée en matière avait été rendue le 29 juin 2018, au motif que les conditions d'application de l'art. 117 CP n'étaient pas réunies.

Il a ajouté que la communication du 4 décembre 2018 valait notification d'une ordonnance de non-entrée en matière.

**D. a.** Dans ses écritures de recours, A\_\_\_\_\_ considère que les faits précités méritaient une instruction. Il reproche en particulier au Ministère public d'avoir retenu l'absence d'erreur médicale, tandis que les médecins légistes ne se déterminaient pas sur cette question. Les raisons pour lesquelles les taux sanguins de flécaïnide et de fluoxétine étaient si élevés étaient toujours méconnues. Rien au dossier ne permettait de démontrer non plus que le médecin ayant pris en charge sa mère au sein de la Clinique de E\_\_\_\_\_ avait connaissance de son traitement habituel. Il convenait en outre d'enquêter sur la prise en charge médicale des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ afin de vérifier si le décès de sa mère aurait pu être évité. L'audition des précités ainsi que celle de la Dresse G\_\_\_\_\_, co-auteur de l'autopsie médico-légale du 15 mai 2018, était partant nécessaire. Il requérait également la production du dossier médical de sa mère en mains de la Clinique et des médecins précités et la confrontation des éléments contenus dans le rapport d'autopsie aux données cliniques pour une évaluation de la prise en charge médicale de sa mère.

**b.** Dans ses observations du 20 mars 2019, le Ministère public objecte que, bien que le rapport du CURML relevait que le flécaïnide, la fluoxétine et la ciprofloxacine faisaient partie des médicaments associés à un risque de troubles cardiaques et que l'imputabilité de ces trois molécules dans la survenance d'un décès était de l'ordre du possible, le rapport n'imputait aucunement le décès de B\_\_\_\_\_ à la prise concomitante desdites molécules.

Il rappelle que le décès de cette dernière était en réalité dû à un abus de substances médicamenteuses, soit en particulier de flécaïnide et de fluoxétine. Par conséquent, toute erreur médicale pouvait être exclue.

**c.** Le recourant a brièvement répliqué le 28 mars 2019, persistant dans ses conclusions. Il relève notamment que, contrairement à ce que soutient le Ministère public, la présence cumulée des trois molécules précitées dans le sang de B\_\_\_\_\_ constituait un "*cocktail explosif*" en termes de risques d'arythmie cardiaque. Les investigations effectuées par le Ministère public n'avaient pas permis d'élucider si le médecin de la Clinique de E\_\_\_\_\_ avait connaissance ou non du traitement habituel de sa mère et s'il aurait pu et dû, le cas échéant, proposer un autre traitement. Il reproche encore au Ministère public d'avoir "*passé totalement sous silence*" le rôle du cardiologue, le Dr C\_\_\_\_\_, qui avait pourtant reçu en semi-urgence B\_\_\_\_\_ le 29 novembre 2016, soit moins d'une semaine avant son décès. Il s'interrogeait en particulier sur le devoir du cardiologue de déceler les taux trop élevés de flécaïnide et de fluoxétine dans le sang de sa patiente et sur les mesures qu'il aurait potentiellement pu et dû entreprendre pour éviter son décès. Aussi, le fait qu'un rendez-vous de contrôle avait été agendé à deux semaines l'interloquait.

**d.** Le Ministère public n'a pas déposé d'observations complémentaires.

**EN DROIT :**

1. **1.1** Le recours a été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al.1 et 396 al.1 CPP) – les formalités de l'art. 85 al.2 CPP n'ayant pas été respectées – et concerne une ordonnance sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al.1 let. a CPP).

**1.2** La recevabilité du recours dépend également de la qualité de la partie qui l'a déposé ainsi que de son intérêt juridiquement protégé à l'annulation de la décision querellée (art. 382 al. 1 CPP).

Seule la personne ayant directement subi l'atteinte à son intégrité est titulaire du bien juridique protégé. Partant, ses proches ne sont pas des lésés (directs) au sens de l'art. 115 al. 1 CPP, ni des victimes (directes) au sens de l'art. 116 al. 1 CPP. Les proches de la victime, au sens de l'art. 116 al. 2 CPP – soit son conjoint, ses enfants, ses père et mère et les autres personnes ayant avec elle des liens analogues –, sont toutefois considérés comme victimes indirectes et ont à ce titre le droit de se constituer parties plaignantes (art. 118 CPP), aux fins de faire valoir, par adhésion à la procédure pénale, leurs propres conclusions civiles déduites de l'infraction conformément à l'art. 119 al. 2 let. b CPP (M. NIGGLI / M. HEER / H. WIPRÄCHTIGER (éds), *Schweizerische Strafprozessordnung / Schweizerische Jugendstrafprozessordnung*, Basler Kommentar StPO/JStPO, Bâle 2011, n. 49 ad art. 115 et n. 11/17 ad art. 116 ; A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), *Commentaire romand : Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 13 ad art. 116), ce que confirme la combinaison des art. 117 al. 3 et 122 al. 2 CPP.

En l'espèce, le recourant s'est, par courrier du 22 novembre 2018, formellement constitué partie plaignante dans le cadre de la procédure pénale. Il a également fait valoir des conclusions civiles, en versement notamment d'une indemnité pour tort moral, en lien avec le décès de sa mère. Il a donc qualité pour recourir.

**1.3** Le recours est dès lors recevable.

2. **2.1** Le recourant reproche au Ministère public de ne pas avoir ouvert une instruction à la suite du décès de sa mère, alors qu'il ressort du rapport d'autopsie médico-légale du 15 mai 2018 que le décès de cette dernière est dû à une intoxication médicamenteuse.

**2.2** Selon l'art. 310 al. 1 let. a CPP, le Ministère public rend immédiatement une ordonnance de non-entrée en matière s'il ressort de la dénonciation ou du rapport de police que les éléments constitutifs de l'infraction ou des conditions à l'ouverture de l'action pénale ne sont manifestement pas réunis.

Le principe *in dubio pro duriore* découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 19 al. 1 et 324 CPP ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2). Il signifie qu'en principe, un classement ou une non-entrée en matière ne peuvent être prononcés par le ministère public que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies.

Des motifs de fait peuvent justifier la non-entrée en matière. Il s'agit des cas où la preuve d'une infraction, soit de la réalisation en fait de ses éléments constitutifs, n'est pas apportée par les pièces dont dispose le ministère public. Il faut que l'insuffisance de charges soit manifeste. De plus, le Procureur doit examiner si une enquête, sous une forme ou sous une autre, serait en mesure d'apporter des éléments susceptibles de renforcer les charges contre la personne visée. Ce n'est que si aucun acte d'enquête ne paraît pouvoir amener des éléments susceptibles de renforcer les charges contre la personne visée que le ministère public peut rendre une ordonnance de non-entrée en matière. En cas de doute sur la possibilité d'apporter ultérieurement la preuve des faits en question, la non-entrée en matière est exclue (A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), op.cit. ; R. PFISTER-LIECHTI (éd.), *La procédure pénale fédérale*, Fondation pour la formation continue des juges suisses, Berne 2010, p. 62 ; DCPR/85/2011 du 27 avril 2011).

Le ministère public et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un certain 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 apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'infraction grave (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 ; 137 IV 285 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 1B\_112/2012 du 6 décembre 2012).

3. **3.1.1** 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).

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).

**3.1.2** 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).

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que, tant dans le diagnostic que dans la prescription d'une thérapie ou de mesures, le médecin dispose souvent d'une certaine marge d'appréciation. Lorsqu'un traitement ou une opération se révèle après coup comme inapproprié, voire erroné, il ne faut donc pas en déduire à la légère que le médecin répond du dommage. Le praticien ne manque à son devoir de diligence que si un diagnostic, une thérapie ou un autre acte médical n'apparaît plus défendable selon l'état général des connaissances de la branche, par exemple s'il ne discerne pas les symptômes typiques d'une maladie grave, prépare de manière insuffisante une opération qui ne s'impose pas, ou ne fait pas appel à un spécialiste (ATF 113 II 429 consid. 3a). 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 = JdT 2005 I 95; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 = JdT 2004 I 497).

**3.1.3** Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée.

Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate. L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat. La causalité 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).

**3.2** En l'espèce, il ressort de l'autopsie effectuée par le CURML le 15 mai 2018 que le décès de la mère du recourant était dû à une intoxication médicamenteuse mixte à la fluoxétine et à la flécaïnide, substances dont les effets pouvaient se potentialiser mutuellement.

Force est de constater que les éléments au dossier ne permettent pas, en l'état, d'exclure une erreur de prescription médicale ou de dosage. Les médecins légistes indiquent que les taux de fluoxétine et de flécaïnide dans le sang et l'urine de la défunte étaient supérieurs aux valeurs thérapeutiques, dans la fourchette des valeurs toxiques, potentiellement létales. Les taux constatés suggéraient donc un possible

surdosage. Or, cette éventualité n'a pas été investiguée, de sorte que les experts ne se sont pas prononcés à ce sujet.

Rien au dossier ne permet pourtant d'expliquer pourquoi un taux si élevé a pu être constaté dans le sang et dans l'urine de la défunte. Il n'est pas non plus établi clairement si ce taux est dû à une erreur de dosage de la part de la défunte ou de ses médecins traitants.

Enfin, les éléments au dossier ne permettent pas de déterminer si les Drs C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et le médecin de la clinique de E\_\_\_\_\_, avaient connaissance des traitements prescrits distinctement à leur patiente et s'ils auraient dû, le cas échéant, modifier leurs prescriptions ou leurs dosages.

Il s'ensuit qu'il est pour le moins prématuré d'exclure, au vu de l'absence d'audition des médecins précités et d'évaluation de la prise en charge médicale et de la gravité des faits, toute violation du devoir de diligence et/ou de prudence. Une instruction devra être ouverte, aux fins d'examiner, précisément, si la prise en charge de B\_\_\_\_\_ était adaptée et si les médecins avaient connaissance des divers traitements administrés à leur patiente par leurs confrères et des risques liés auxdits traitements. Il conviendra également d'élucider s'ils avaient le devoir de mettre en évidence les taux très élevés de flécaïnide et de fluoxétine dans le sang de leur patiente et, le cas échéant, s'ils auraient pu éviter son décès.

À ce stade de la procédure, l'on ne peut donc considérer avec certitude que les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence (art. 117 CP) ne sont pas réunis. Au sens de la jurisprudence la plus récente, le Ministère public doit, en conséquence, ouvrir une enquête.

- 4 Fondé, le recours doit être admis; partant, l'ordonnance querellée sera annulée et la cause renvoyée au Ministère public pour ouverture d'une instruction.
- 5 L'admission du recours ne donne pas lieu à la perception de frais (art. 428 al. 1 CPP).
- 6 Le recourant, qui obtient gain de cause, a réclamé une indemnité de procédure. Il ne l'a toutefois ni chiffrée ni justifiée, au sens de l'art. 433 al. 2 CPP, applicable en instance de recours (art. 436 al. 1 CPP), de sorte que la Chambre de céans n'entrera pas en matière sur ce point (art. 433 al. 2, 2ème phrase, CPP; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1345/2016 du 30 novembre 2017 consid. 7).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR :**

Admet le recours.

Annule l'ordonnance de non-entrée en matière et renvoie la cause au Ministère public pour instruction.

Ordonne la restitution des sûretés versées.

Laisse les frais de la procédure de recours à la charge de l'État.

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, au recourant, soit pour lui son conseil, ainsi qu'au Ministère public.

**Siégeant :**

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Monsieur Christian COQUOZ et Madame Daniela CHIABUDINI, juges; Monsieur Sandro COLUNI, greffier.

Le greffier :

Sandro COLUNI

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).*