

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 19 mai 2026

Composition : Mme ELKAIM, présidente

M. Perrot et Mme Gauron-Carlin, juges

Greffière : Mme Morotti

* * * * *

Art. 117 CP ; 189, 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 28 novembre 2025 par **A._____ et N._____** contre l'ordonnance de classement rendue le 17 novembre 2025 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE22.*****, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) Le 4 juillet 2022, le Ministère public central, division affaires spéciales (ci-après : le Ministère public) a ouvert une procédure pénale à la

suite du décès d'E._____, né le ***2014, survenu le ***2022 à l'Hôpital X._____, site de Q***, en raison des faits suivants :

Le ***2022 à 16h08, E._____ a été admis aux urgences pédiatriques de l'Hôpital X._____ de Q*** et vu en consultation dès 16h15 par le médecin de garde, le Dr B._____, supervisé par son médecin-chef, le Dr C._____, pour un état fébrile présent depuis la veille avec un maximum de 38,7°C, cédant au fébrifuge, associé à des douleurs musculaires au niveau des cuisses, sans notion de traumatisme. Il présentait également des céphalées légères spontanément résolues le matin même et une perte de goût et d'odorat. Il signalait également une odynodysphagie (douleur et difficulté à la déglutition), résolue deux à trois jours auparavant. Une cyanose péri-buccale (c'est-à-dire des lèvres bleutées) avait été visualisée depuis le matin avec deux épisodes de vomissement alimentaire le matin même. Il a en outre été rapporté au soignant lors de cette consultation que la grand-mère maternelle, avec qui E._____ vivait, était positive au SARS-CoV-2 une semaine auparavant.

Lors de l'examen clinique, un état général diminué, sans signes de déshydratation, ni de fièvre (température axillaire de 37,6°C) a été relevé. Un oropharynx érythémateux a été visualisé lors de l'examen oto-rhino-laryngologique, sans autre particularité. Au niveau cardio-vasculaire, l'examen a révélé une fréquence cardiaque à 130 bpm (norme : 60-140 bpm), une tension artérielle de 103/65 mmHg (norme : approximativement 114/90 mmHg). Le status respiratoire mettait en évidence une tachypnée à 40 respirations/min (norme : 20-30 respirations/minutes), régulière, une cyanose péri-buccale avec une saturation à l'oxygène à 98 %, sans autre particularité. Les examens abdominaux, uro-génitaux, neurologiques et des téguments se sont révélés sans particularité. Au niveau ostéo-articulaire, des douleurs à la palpation musculaire des cuisses ont été relevées des deux côtés, sans tuméfaction ni érythème et sans douleur à la mobilisation articulaire. Des frottis SARS-CoV-2, de la grippe et du virus respiratoire syncytial (RSV, virus responsable d'infections respiratoires chez les enfants) ont été réalisés et se sont révélés *a posteriori* (après le retour de l'enfant à domicile) négatifs. Au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique, le

diagnostic d'infection des voies respiratoires supérieures, probablement au SARS-CoV-2 a été retenu. Un retour à domicile a été préconisé avec un traitement symptomatique par Dafalgan (paracétamol, antidouleur). Il a été recommandé à la mère de reconsulter en cas d'apparition de signes de détresse respiratoire ou de baisse de l'état général. E._____ a pu quitter l'hôpital peu après 17h15.

L'enfant a été emmené au McDonald's sur le chemin du retour à la maison et il a pu manger un peu.

Après le retour d'E._____ à son domicile à S***, le *** 2022 à 18h14, la centrale 144 a été appelée en raison de la baisse de l'état général de l'enfant. Une équipe d'ambulanciers, composée de G._____ et J._____, ainsi qu'une équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation (ci-après : SMUR), composée de la Dre K._____ et de l'infirmière H._____, ont été engagées. L'ambulance est arrivée à 18h27 sur les lieux, et le SMUR à 18h32. Il s'agissait d'une urgence estimée en P1 et les moyens prioritaires ont été engagés. Après avoir réalisé une évaluation sur place, la médecin du SMUR, la Dre K._____, a suspecté une intoxication alimentaire avec probable déshydratation et possiblement un syndrome hémolytique et urémique débutant ou en tout cas non exclu. Il a été décidé d'emmener E._____ à l'Hôpital de Q***. La prise en charge a néanmoins été plus compliquée que prévu en raison de l'état de stress ambiant et du fait que l'enfant avait souhaité aller aux toilettes avant de partir. L'ambulance a quitté les lieux à 18h55 et roulé sans enclencher les moyens prioritaires. Une modification de l'état clinique a été constatée sur la fin du trajet, à savoir la réapparition de la cyanose, une agitation de l'enfant et une non-tolérance du masque à oxygène.

E._____ a été pris en charge à l'Hôpital de Q*** dès 19h16, à son arrivée. Il a été admis aux urgences pédiatriques, en arrêt cardio-respiratoire et placé immédiatement en salle de déchocage. Une réanimation a été tentée, sans succès. E._____ est finalement décédé le ***2022 à 20h35, en raison d'un choc septique à *Streptococcus pyogenes*

du groupe A, dont le foyer n'a pas pu être déterminé, selon le rapport d'autopsie.

M._____, le père de l'enfant, s'est constitué partie civile par lettre du 14 juillet 2022.

A._____, mère de l'enfant, et N._____ (ci-après : N._____), grand-mère maternelle, se sont constituées demanderesses au pénal et au civil par lettre du 29 août 2022.

Le 16 janvier 2023, le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) a rendu un rapport d'autopsie médico-légale de l'enfant, dont les conclusions sont les suivantes : - « *la cause du décès d'E._____, âgé de sept ans, est consécutive à un choc septique à Streptococcus pyogenes du groupe A [...]* » ; - « *le foyer d'origine de l'infection ne peut être déterminé, nos examens ayant notamment été limités par l'administration d'antibiotiques lors de la prise en charge médicale* » (P. 29).

Le Ministère public central a procédé aux auditions des personnes appelées à donner des renseignements suivantes, étant précisé qu'elles sont toutes intervenues à un certain moment dans la prise en charge d'E._____ et ont toutes souhaité participer à une expertise sur la prise en charge de l'enfant s'il devait y en avoir une :

- le 27 mars 2023, B._____, médecin-assistant ;
- le 28 mars 2023, C._____, médecin-chef ;
- le 29 juin 2023, J._____, ambulancière ;
- le 29 juin 2023, G._____, ambulancier leader du team ;
- le 29 juin 2023, K._____, médecin au SMUR ;
- le 9 août 2023, H._____, infirmière spécialisée en soins d'urgence.

Le procureur a considéré qu'il se justifiait de faire appel à des compétences particulières, afin de pouvoir déterminer si la prise en charge de l'enfant avait été réalisée dans les règles de l'art et s'il existait un lien

de causalité entre une éventuelle violation de celles-ci et le décès de l'enfant. Une expertise a ainsi été diligentée.

Le 28 avril 2025, la Dre F. _____, pédiatre d'urgence, médecin-chef du service de pédiatrie à l'Hôpital Y. _____, a déposé son rapport d'expertise. L'experte a répondu de la manière suivante aux questions posées (étant précisé que les questions 11 et 12 ont été traitées dans le cadre d'une seconde expertise) (cf. P. 146) :

1. Le diagnostic posé par le médecin ayant pris en charge l'enfant lors de sa première consultation le *** 2022 à l'Hôpital X. _____, était-il fondé et la médication ordonnée adéquate ?

Dans le dossier, il y a deux FAXMEDs avec des diagnostics différents.

Le premier rapport médical parle d'un diagnostic principal d'une « IVRS Sars-Cov2 probable » (IVRS = *infection des voies aériennes supérieures*). Vue que le résultat du frottis Sars-CoV/grippe/RSV était à venir, ce diagnostic est possible et fondé par les symptômes d'une infection non-spécifique des voies aériennes et de perte de goût et odorat qui est assez typique pour une infection Sars-CoV 2. Les autres symptômes et l'examen clinique sont non-spécifique et ils sont conforme avec une IVRS.

Le diagnostic principal du deuxième rapport médical (qui est le rapport définitif selon les médecins en charge, Dr B. ___ et Dr C. _____), reste descriptif : « Pharyngite fébrile avec myalgie au niveau des quadriceps ; Dyscoloration bleutée des lèvres ». Il est fondé par l'anamnèse et l'examen clinique et paraclinique.

Par conséquent, oui, les diagnostics étaient fondés.

La médication ordonnée était fondée et adéquate pour le traitement d'une IVRS incluant une pharyngite.

2. Quels sont les outils et/ou techniques permettant de diagnostiquer une infection *Streptococcus pyogenes* du groupe A ?

Pour la réponse aux questions sur les infections avec des streptocoques pyogènes du groupe A, je me permets de faire référence à l'annexe A pour des détails. Ils existent différentes infections à *Streptocoques pyogenes du groupe A*, ainsi qu'une colonisation des voies respiratoires avec *Streptocoques pyogenes du groupe A* sans infection. La seule présence de *Streptocoques pyogenes du groupe A* dans les voies respiratoires ou sur la peau ne signifie pas une infection. Seule la pénétration dans l'organisme et la multiplication à cet endroit entraînent une infection.

Dépendant du site infecté présumé et la manifestation clinique, on peut diagnostiquer une infection par *Streptocoques pyogenes du groupe A* par un frottis de la gorge et un test rapide (pour une pharyngite), ou par un frottis d'une région spécifique autre. En cas de suspicion d'une infection invasive, des cultures de sang (= hémocultures) ou des cultures des sites focaux d'infection possibles permettent de diagnostiquer l'infection. Un syndrome de choc toxique par les *Streptocoques pyogenes du groupe A* est diagnostiqué sur la base des résultats cliniques, des résultats de laboratoire et de l'isolement d'organismes par des cultures de sang ou d'autres sites d'infections.

3. Le diagnostic d'infection *Streptococcus pyogenes* du groupe A aurait-il pu ou dû être posé lors de la première consultation de l'enfant à l'Hôpital X. _____ ?

Là aussi, il est important de distinguer les différentes infections possibles avec des *Streptocoques pyogenes du groupe A* : On aurait possiblement pu diagnostiquer une angine à Streptocoques. C'est la seule manifestation pour lesquels on peut s'attendre à recevoir un résultat dans un délai court.

Cependant, depuis quelques années, il n'est plus recommandé nécessairement de diagnostiquer une pharyngite (ce qui équivaut à une angine) par des *Streptocoques pyogenes du groupe A*, parce qu'un traitement antibiotique n'est pas obligatoire.

Voici le guide clinique de la Société Suisse d'Infectiologie d'avril 2022 :

« Pharyngite

Diagnostic des agents pathogènes selon Score de Centor (s'applique aux enfants et aux adultes):

- Utilisation du score de Centor: un point est attribué pour chaque critère présent:
 - Absence de toux
 - Exsudats amygdaliens
 - Histoire de fièvre ou température > 38°C
 - Adénopathie cervicale antérieure sensible
- 0-2 points au score de Centor: pas de frottis, pas de traitement
- 3-4 points au score de Centor: Considérer de faire un TDR du streptocoque du groupe A sur un frottis de gorge chez les enfants de >3 ans si une antibiothérapie est envisagée.
- Ne pas faire de culture du frottis de gorge

Informations additionnelles

Les recommandations françaises proposent le score de McIsaac. Cependant, les recommandations européennes proposent le score de Centor qui est plus facile à utiliser et qui est celui qui est le plus utilisé en Suisse.

Option : Observer - sans antibiotiques

- **Même possible en cas de pharyngite causée par streptocoque du groupe A**
- **La durée des symptômes est légèrement raccourcie avec des antibiotiques (1-2 jours)**

Indication thérapeutique (adultes et enfants)

- 3-4 points au score de Centor (voir diagnostic) ET
- TDR positive pour streptocoque du groupe A (**Faire TDR uniquement si traitement antibiotique envisagé en cas de résultat positif**) »

Il en résulte : Un diagnostic d'une *pharyngite* par *Streptocoques pyogenes du groupe A* aurait pu (mais non dû) être diagnostiqué par un frottis de gorge et un test rapide.

Tout autre test et/ou prélèvement pour chercher des bactéries comme les Streptocoques ne peut pas être fait par un test rapide, et donc n'aurait pas pu (ou dû) être posé lors de la première consultation. Les résultats auraient été attendus normalement avec un délai important de plusieurs heures. Si on suspecte une infection invasive comme un sepsis, soit par les *Streptocoques pyogenes du groupe A* ou par des autres bactéries, on n'attend pas un résultat des cultures avant de traiter avec des antibiotiques.

Ni la présentation ni l'examen clinique aurait dû faire penser à un syndrome de choc toxique débutant.

4. Quel est le traitement adéquat pour une angine à streptocoques pour un enfant de cet âge ?

Je cite l'article annexé qui sert comme recommandation officielle en Suisse : « Les évidences suggèrent que dans les pays à revenu élevé, une antibiothérapie n'est plus systématiquement

nécessaire pour traiter l'angine à streptocoque », <https://www.paediatrieschweiz.ch/fr/angine-a-streptocoque-chez-lenfant-traiter-ou-ne-pas-traiter/> (voir annexe B)

Un traitement avec des analgésiques et d'autres traitements symptomatiques est adéquat pour une angine à streptocoques, même qu'un traitement avec des antibiotiques.

5. *Quel est le traitement adéquat pour soigner une infection à Streptococcus pyogenes du groupe A pour un enfant de cet âge ?*

Là encore, ça dépend du type d'infection. L'infection la plus fréquente par *Streptococcus pyogenes* du groupe A est une pharyngite. Une pharyngite peut être traitée de manière symptomatique, et la recommandation officielle ne suggère pas de traitement antibiotique. On présume une infection locale (voir l'article annexe B pour plus de détails). Un traitement antibiotique est possible et peut être discuté avec la famille. D'habitude, une infection locale avec streptocoques ne mène pas à une infection invasive: Dans le cas d'une angine simple, un syndrome de choc n'est pas à prévoir.

Des autres infections par *Streptococcus pyogenes* du groupe A sont la scarlatine, des infections de la peau, des cellulites, pneumonies, arthrites septiques, fasciites, myosites, purpura fulminans, bactériémie, sepsis ou autre. Ils sont tous traités avec des antibiotiques, soit par voie orale ou par voie intraveineuse.

Des infections invasives par *Streptococcus pyogenes* du groupe A ne sont pas forcément liées à un focus d'infection- mais parfois ils le sont. Ils peuvent se présenter comme syndrome de choc toxique, le diagnostic d'E. __. Le traitement adéquat pour un STSS (syndrome de choc toxique causé par des streptocoques) est une réanimation liquidienne agressive, le traitement de la défaillance cardiaque et respiratoire, et les antibiotiques couvrant les streptocoques et les staphylocoques (vue que les symptômes des deux formes de choc septique se présentent similaire, et vue qu'on n'attend pas les résultats microbiologiques avant le traitement).

6. *Le fait que l'enfant ait été pris en charge alors que la pandémie liée au COVID avait cours et qu'un proche aurait été infecté par le virus en cause a-t-il pu modifier le diagnostic, et, dans l'affirmative, dans quelle mesure ?*

Oui, c'est possible que ce fait a influencé le diagnostic présumé. Pendant la pandémie, il y avait un risque de surestimer des cas de COVID. Le fait que l'enfant présentait une perte de goût et d'odorat, et des symptômes grippaux, et qu'il y avait un cas de COVID dans la famille et un autre cas possible (le frère de la maman) peut suggérer une infection du même virus.

Les tests rapides pour chercher Sars-CoV étaient faits régulièrement pendant la pandémie. Un tel test rapide n'aurait probablement pas été fait dans une situation autre que la pandémie. Vue que normalement le nom d'un virus ne change pas le traitement pour un enfant, de ne pas avoir attendu les résultats était une procédure habituelle. Le diagnostic préliminaire doit être adapté aux résultats du test pour arriver au diagnostic final. Le rapport définitif rend compte à ce processus d'une façon adéquate.

Outre le fait que le test rapide n'aurait probablement pas été effectué en dehors d'une pandémie, il est impossible de savoir si le diagnostic aurait été différent. Il serait toutefois peu probable que cela ait conduit à un autre diagnostic ou à un autre traitement.

7. *Lors de la première prise en charge de l'enfant à l'Hôpital X. _____ ; une évaluation des risques et un diagnostic approfondi étaient-ils recommandés et l'enfant aurait dû être examiné sans délai par un pédiatre expérimenté avant sa sortie de l'établissement ?*

Ce n'est pas possible de tirer la conclusion suggérée par cette question. Le cas avait été discuté avec le pédiatre de garde de façon adéquate. L'évaluation de suite pendant le premier séjour aux urgences était favorable, si l'on tient compte de l'évolution des paramètres vitaux. Alors, non, l'enfant ne se présentait pas d'une façon qui recommandait un diagnostic approfondi ou demandait un examen sans délai par un pédiatre expérimenté.

8. *La première prise en charge de l'enfant lors de son séjour à l'Hôpital X. _____ a-t-elle été conforme aux devoirs des intervenants et aux règles de l'art ?*

Oui, la première prise en charge était conforme aux devoirs et aux règles d'art.

9. *Le fait que l'enfant soit allé manger au McDonalds en sortant de l'hôpital a-t-il pu entraîner une baisse de son état général ? Ce fait rapporté au médecin du SMUR a-t-il pu avoir une incidence sur le diagnostic posé par ce médecin ?*

Je ne vois pas de lien entre ce repas et la diminution de l'état général de l'enfant. La diminution de l'état générale a suivi l'évolution clinique d'un choc toxique chez un enfant : compensation pendant très longtemps, puis décompensation rapide. La baisse de l'état générale, selon mon avis, était indépendant de ce repas.

Le fait d'avoir été dans un état suffisamment bien de manger chez McDonalds pourrait faire penser à une maladie moins grave (comme la médecin dit dans son témoignage, p. 2, l. 51/52), je peux suivre cet argument.

10. *Le diagnostic posé par la médecin du SMUR, était-il fondé ? Dans le cas contraire, un autre diagnostic aurait-il permis une prise en charge différente de l'enfant ?*

Le diagnostic différentiel d'une gastro-entérite peut être entièrement expliqué par l'anamnèse telle que résumée par la médecin SMUR : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, vomissements. Le diagnostic différentiel du SHU (SHU = syndrome hémolytique et urémique) peut entraîner une détérioration clinique, y compris neurologique (p.ex., ralentissement). Alors, oui, le diagnostic était fondé selon ces symptômes.

Cependant, il y a d'autres aspects mentionnés par l'ambulancier et l'équipière qui vont au-delà d'une gastro-entérite et qui ont peu de points communs avec un SHU débutant ou une gastro-entérite, surtout l'insuffisance respiratoire et la cyanose comme raison de l'appel aux ambulances.

Quand on lit les déclarations des personnes concernées, il y avait une différence d'appréhension de l'état de l'enfant entre la médecin, l'ambulancier senior et l'équipière, tant

en ce qui concerne le caractère de la présentation que quelques résultats individuels de l'examen (p.ex., le temps de recoloration augmenté et une marbrure des extrémités mentionnés par l'équipière). Je ne suis pas dans la position de vérifier les différents récits.

Le diagnostic posé par la médecin SMUR était un diagnostic différentiel possible et donc fondé. En plus, dans le préhospitalier, il est important de travailler avec une première hypothèse et d'agir en conséquence, et non nécessairement de poser un diagnostic précis.

11. –

12. –

13. *Les symptômes que présentait l'enfant imposaient-ils que le médecin du SMUR l'accompagne dans l'ambulance jusqu'à l'Hôpital X. _____ ? Et si oui, la présence du médecin du SMUR dans l'ambulance aurait-elle conduit à une autre prise en charge de l'enfant qui aurait eu une incidence sur le décès de l'enfant ?*

Je ne peux pas répondre sur les critères du SMUR vaudois pour l'accompagnement des patients. Je réfère au rapport du co-expert M. T. _____ pour la réponse à cette question.

Les symptômes pouvant être interprétés de différentes manières, ils n'imposaient pas nécessairement l'accompagnement. En outre, je ne vois pas que la présence du médecin du SMUR dans l'ambulance aurait conduit à une autre prise en charge de l'enfant qui aurait eu une incidence sur le décès de l'enfant.

14. *Aurait-il fallu engager les moyens prioritaires pour emmener l'enfant à l'Hôpital X. _____ ? Et si oui, le temps de trajet a-t-il eu une incidence sur le décès de l'enfant ?*

Je ne peux pas répondre sur les critères des moyens prioritaires pour les ambulances dans le canton de Vaud, là aussi je réfère au rapport de M. T. _____

Je peux suivre l'argumentation de la médecin SMUR et de l'ambulancier selon leurs évaluations pour ne pas engager les moyens prioritaires.

15. *La seconde prise en charge de l'enfant à l'Hôpital X. _____ a-t-elle été conforme aux devoirs des intervenants et aux règles d'art ?*

Pour répondre à cette question, je me réfère notamment au dossier médical et la description par le Dr C. _____ (p. 5, l. 181 à p. 7, l. 246). Il y avait un traitement simultané de réanimation cardio-respiratoire, un traitement pour un sepsis, et pour une hémorragie massive qu'E. _____ présentait (p. 6, l. 198-205). En plus, une recherche pour des causes possibles autre qu'un sepsis a été effectuée.

Oui, la seconde prise en charge a été conforme aux devoirs des intervenants et aux règles d'art.

16. L'enfant a-t-il présenté, à un moment ou un autre, un tableau dit de « pré-choc » et, si oui, à quel(s) moment(s) ?

Je présume que « pré-choc » veut dire choc compensé en comparaison avec un choc décompensé.

Je ne peux que constater qu'il est presque impossible de répondre à cette question par oui ou par non. Avec un biais rétrospectif et un biais de pédiatre urgentiste spécialisé, oui, pendant l'intervention des ambulanciers au domicile du patient, et en route vers l'hôpital, il présentait un tableau indiquant un choc. Pourtant, tous les critères de choc n'étaient pas remplis, comme il ressort des définitions correspondantes.

Référence importante à cet égard sont les directives et instructions donnés par l'European Pediatric Advanced Life Support, <https://www.erc.edu/courses/european-paediatric-advanced-life-support> sur ce sujet :

« Le choc compensé est la phase précoce du choc avant l'apparition d'une hypotension. Il existe des signes de mécanismes compensatoires qui tentent de maintenir une perfusion normale des organes vitaux, par exemple une tachycardie, une mauvaise perfusion périphérique (extrémités froides, temps de récapitulation prolongé), des pouls périphériques faibles et une diminution de la diurèse.

Un choc peut survenir avec un débit cardiaque ou une pression artérielle élevés, normaux ou diminués. La mesure de la pression artérielle n'a en soi qu'une valeur limitée pour déterminer l'état circulatoire, car la pression artérielle reste souvent normale en cas de choc compensé et ne commence à baisser qu'en cas de décompensation. »

Ce tableau était partiellement présent à l'évaluation principale préhospitalier :

« C : tachycarde (FC 130 pour Norme 110), TRC retardé > 3 sec, pouls périphériques bien frappés » (rapport préhospitalier, p. 2)

« Le temps de remplissage capillaire (en anglais « recap time ») ne suffit pas à lui seul pour diagnostiquer un trouble circulatoire / une perturbation de la circulation sanguine. Il peut être prolongé par une température ambiante basse, une vasoconstriction induite par la fièvre, etc. Toutefois, lorsqu'il est associé à d'autres signes de troubles circulatoires tels qu'une tachycardie et des pouls périphériques faibles, il indique un trouble circulatoire.

Des pouls périphériques faibles indiquent un état de choc, mais un choc anaphylactique, neurogène ou certains types de choc septique peuvent également s'accompagner de pouls alternants. »

Selon le protocole, les pouls périphériques étaient bien frappés, contrairement à la définition susmentionnée. Donc, la réponse à la question doit être : « possiblement ».

Il faut toutefois constater, compte tenu de la tachypnée, de la cyanose, et des symptômes d'une circulation perturbée, le diagnostic d'un choc compensé sur le point de décompenser aurait pu être posé au moment de l'intervention.

17. Les réponses données aux questions ci-dessus conduisent-elles à conclure à la violation d'un devoir de prudence et/ou des règles de l'art médical ayant conduit au décès de l'enfant ? Le cas échéant, qui a commis l'éventuelle violation du devoir de prudence et/ou des règles de l'art médical et lors quelle prise en charge de l'enfant ?

Non, cette conclusion n'est pas à faire.

Un rapport d'expertise de l'intervention préhospitalière sous l'angle de la prise en charge ambulancière a été rendu le 26 avril 2026, rédigé par T._____, ambulancier diplômé ES. Il ressort de ce second rapport d'expertise ce qui suit (P. 147) :

11. La prise en charge de l'enfant par les ambulanciers et l'équipage SMUR a-t-elle été conforme aux devoirs des intervenants et aux règles de l'art ?

Le rapport d'intervention préhospitalier ainsi que les informations fournies par le biais des auditions des intervenants préhospitaliers montrent que l'intervention a été menée par l'utilisation de 4 des compétences opérationnelles décrites dans le plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures « sauvetage » avec le titre protégé « ambulancière diplômée ES » « ambulancier diplômé ES ».

En effet, les différentes étapes du processus général d'intervention ont été effectuées autant par l'équipage ambulancier que par l'équipage SMUR. Celles-ci sont clairement documentées dans le rapport d'intervention.

La coopération entre les différents intervenants selon leur fonction et leur expérience semble avoir été efficace. Plusieurs aspects documentés montrent que les différents professionnels ont communiqué entre eux dans un but de transmission des informations recueillies et pour décider de la stratégie à prendre. La coopération avec le patient et l'entourage apparaît également dans cette prise en charge.

Ensuite, pour ce qui est de la prise en charge, la récolte des données faite par les intervenants a mené à l'identification des problèmes et leur traitements respectifs, qui sont documentés dans le rapport d'intervention. On constate également qu'il y a eu une réévaluation clinique du patient au cours de la prise en charge, entraînant un ajustement de traitement. Le raisonnement clinique effectué sur la base du recueil de données semble quant à lui pertinent, bien que tous les diagnostics différentiels possibles ne soient pas inscrits sur le rapport d'intervention préhospitalière. La stratégie d'intervention choisie est en adéquation avec les diagnostics de travail retenus par le médecin SMUR. Tous les éléments documentés permettent de se rendre compte que la prise en charge préhospitalière a considérée tous les aspects bio-psycho-sociaux et environnementaux.

Enfin, pour ce qui est du transport à l'hôpital, celui-ci a été effectué en ambulance en présence de la maman du patient, comme habituellement lors de prise en charge pédiatrique en préhospitalier. Le transport s'est déroulé sans la présence de la médecin SMUR et sans activation des moyens prioritaires, ce qui est en adéquation avec les diagnostics différentiels retenus par le médecin. L'enfant a été réévaluer par l'ambulancier leader tout au long du transport et son évolution clinique a entraîné un réajustement du traitement.

En regard des différents éléments décrits ci-dessus, la prise en charge de l'enfant par les ambulanciers et par l'équipage SMUR est conforme aux devoirs des intervenants et aux règles de l'art.

12. Le rapport d'intervention indique que les ambulanciers sont arrivés sur les lieux à 18h27m34s et qu'ils sont repartis à 18h55m59s en direction de l'Hôpital X. _____ . La durée d'intervention est-elle adéquate compte tenu de l'ensemble des circonstances et des symptômes que présentait le patient ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de tenir compte des circonstances de l'intervention et des signes et symptômes que présentait l'enfant, notamment que :

- L'intervention pédiatrique est peu habituelle pour les intervenants,
- Le contexte de stress et de tension palpable sur site⁵⁴ sont documentés par les intervenants,
- Il a été nécessaire de prendre de temps pour que l'enfant puisse faire ses besoins⁵⁵,
- Les problématiques décelées ont nécessité une mesure immédiate et une réflexion plus globale tenant compte de l'historique des dernières heures,
- La présence de plusieurs moyens sanitaires (ambulance et SMUR) n'arrivant pas simultanément sur site influence le temps d'intervention (rapports de transmission entre intervenants, évaluation clinique refaite par le 2^{ème} équipage).

Comme décrit précédemment, le temps moyen sur site pour des interventions préhospitalières pédiatriques (missions sans transports exclues) et avec présence d'une médicalisation, s'élevait en 2024 dans le canton de Vaud à 24 minutes. La médiane se situe à 22 minutes.

Un écart de 4 minutes de plus que la moyenne ou de 6 minutes de plus que la médiane ne semble donc pas anormal compte tenu des différents éléments décrits précédemment. La durée d'intervention de 28 minutes et 25 secondes semble donc adéquate.

Le 11 juillet 2025, A. _____ et N. _____ ont requis une expertise complémentaire, afin de lever des incertitudes persistantes et d'apporter des réponses à des éléments centraux demeurés selon elles sans explications dans les précédentes expertises.

Par décision du 29 juillet 2025, le procureur a refusé la mise en œuvre de dite expertise complémentaire, considérant que les expertises déposées étaient claires, complètes et qu'elles ne contenaient aucune contradiction.

Le 15 octobre 2025, dans le délai de prochaine clôture, A. _____ et N. _____ ont réitéré leur demande d'expertise complémentaire.

B. Par ordonnance du 17 novembre 2025, le Ministère public a prononcé le classement de la procédure pénale pour homicide par négligence (I), a levé le séquestre ordonné sur le dossier médical et les

échantillons biologiques d'E._____, ordonné le maintien au dossier à titre de moyen de preuve de la copie du dossier médical, enregistrée sous fiche n° 1798 (P. 32), ordonné la destruction des prélèvements, une fois la présente décision en force et exécutoire (II), ordonné le maintien au dossier à titre de pièces à conviction de la clé USB enregistrée sous fiche n° 1690 (P. 8) (III), fixé à 6'201 fr. 50 (TVA et débours inclus), l'indemnité allouée à Me Laurent Fischer, conseil juridique gratuit de M._____, (IV), fixé à 9'211 fr. 60 (TVA et débours inclus), l'indemnité allouée à Me Raphaël Tatti, conseil juridique gratuit d'A._____ et N._____ (V) et laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (VI).

A titre préjudiciel, le procureur a rejeté la réquisition de preuve formulée le 15 octobre 2025 par la mère et la grand-mère de l'enfant, au motif que les conditions d'un complément d'expertise n'étaient pas réalisées et qu'un tel complément ne serait ni pertinent, ni nécessaire.

Sur le fond, cette autorité a en substance retenu qu'en l'espèce, aucune faute ne pouvait être reprochée aux différents intervenants ayant pris en charge E._____ le ***2022, ni au sein de l'Hôpital de Q*** (aucune faute ne pouvant être retenue à l'encontre des Drs C._____ et B._____), ni dans la prise en charge ambulancière et du SMUR, les prises en charges, conformes aux directives et aux règles de l'art, ne prêtant pas le flanc à la critique. En particulier, le diagnostic posé par la Dre K._____ était scientifiquement soutenable, tout comme la décision de ne pas accompagner E._____ dans l'ambulance et de ne pas engager les moyens prioritaires, de sorte qu'aucune faute ne pouvait être pénalement imputée à la médecin du SMUR. Examinant la situation à l'aune du score de Mac Isaac, le procureur a exposé que la réalisation d'un tel score était possible, même s'il était préconisé d'utiliser plutôt le test Centor, et que quel que fût le score de Mac Isaac du patient, un test de détection par frottis n'était recommandé que lorsqu'un traitement antibiotique était envisagé. Or, les références médicales préconisaient de ne pas nécessairement traiter une angine à streptocoques par la prise d'antibiotiques, de sorte que le traitement envisagé n'aurait de toute manière pas été différent entre une angine et un COVID-19. En conséquence, même si un score de Mac Isaac

égal à 3 avait été réalisé, un frottis afin de rechercher la présence de bactéries dans la gorge de l'enfant ne s'imposait que si un traitement antibiotique était envisagé, ce qui n'était pas prévu par les recommandations en la matière. Le procureur a donc retenu qu'il était scientifiquement soutenable de ne pas prescrire d'antibiotiques pour traiter une angine et de laisser sortir l'enfant, ce traitement étant celui recommandé en l'état de la science médicale. Le procureur a souligné que l'experte n'avait retenu aucun élément permettant de suspecter une infection lors de la première hospitalisation, que la prise en charge d'E. _____ n'aurait de toute façon pas été différente, quel qu'aurait dû être le score de Mac Isaac et, qu'à nouveau, aucune faute ne pouvait être imputée aux intervenants. Rappelant que ne pouvait être punissable que le médecin qui ne suit pas les recommandations 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, le Ministère public a considéré que les médecins avaient suivi les directives émises par la Société Suisse de Pédiatrie, de sorte qu'ils n'étaient pas punissables. Le procureur a souligné que, quand bien même une faute aurait été commise par un intervenant, ce qui n'était pas le cas, aucun lien de causalité hypothétique entre le comportement attendu des intervenants et le décès de l'enfant ne pouvait être retenu. En définitive, le Ministère public a jugé que la procédure devait être classée en application de l'art. 319 al. 1 let. b CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0), tous les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence n'étant manifestement pas réalisés en l'espèce.

C. Par acte du 28 novembre 2025, A. _____ et N. _____, toutes deux représentées par Me Raphaël Tatti, ont recouru contre cette ordonnance auprès de la Chambre de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause au Ministère public afin qu'un complément d'expertise soit mis en œuvre conformément à leurs réquisitions du 15 octobre 2025.

A._____ et N._____ ont en outre requis d'être mises au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, Me Raphaël Tatti étant désigné en qualité de conseil juridique gratuit.

Le 30 janvier 2026, la direction de la procédure a dispensé A._____ et N._____ du versement des sûretés et les a informées qu'il serait statué sur leur demande tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire dans le cadre de la décision au fond.

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

En droit :

1.

1.1 Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le Ministère public en application des art. 319 ss CPP dans les dix jours devant l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP ; cf. art. 20 al. 1 let. b CPP), qui est, dans le canton de Vaud, la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal (art. 13 LVCPP [loi vaudoise d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]).

1.2 En l'espèce, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par des parties plaignantes qui ont qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), le recours est recevable.

2.

2.1 Les recourantes soutiennent que le refus du Ministère public de mettre en œuvre une expertise complémentaire consacrerait une violation de leur droit d'être entendues en lien avec les art. 6, 107 et 189 CPP. Selon elles, si les intervenants avaient pris en compte les explications de la mère,

un demi-point aurait été calculé pour la température de l'enfant et le résultat correct du test de Mac Isaac aurait été de 3 non de 2. L'expertise serait lacunaire sur ce point. Les recourantes déplorent également l'absence d'information sur le résultat du frottis nasopharyngé revenu négatif, élément non discuté dans l'expertise. Enfin, les recourantes considèrent que l'expertise est lacunaire sur la question du renvoi à domicile et du traitement médicamenteux donné à l'enfant.

2.2

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

La décision de classer la procédure doit être prise en application du principe *in dubio pro duriore*. Ce principe vaut également pour l'autorité judiciaire chargée de l'examen d'une décision de classement. Il signifie qu'en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peut être prononcé par le Ministère public que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le Ministère public et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un pouvoir d'appréciation que le Tribunal fédéral revoit avec retenue. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave. En effet, en cas de doute s'agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 146 IV 68 consid. 2.1, JdT 2020 IV 256 ; ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1, JdT 2017 IV 357 ; TF 7B_630/2023 du 20 août 2024

consid. 3.2.1 ; TF 7B_652/2024 du 30 juillet 2024 consid. 4.1). En revanche, le Ministère public doit classer la procédure s'il apparaît, sur la base de faits assez clairs pour qu'il n'y ait pas lieu de s'attendre à une appréciation différente de l'autorité de jugement (ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2), qu'un renvoi aboutirait selon toute vraisemblance à un acquittement.

2.2.2 Le droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend notamment celui de produire ou de faire administrer des preuves, à condition qu'elles soient pertinentes et de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1 ; ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; TF 6B_1049/2023 du 19 juillet 2024 consid. 1.1.1). En effet, en procédure pénale, le Ministère public ne peut écarter une réquisition de preuve que si celle-ci porte sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés en droit (art. 318 al. 2 CPP). Ces motifs correspondent à ceux pour lesquels le Ministère public peut, de manière générale, renoncer à administrer une preuve (art. 139 al. 2 CPP). Le législateur a ainsi consacré le droit des autorités pénales de procéder à une appréciation anticipée des preuves. Le magistrat peut renoncer à l'administration de certaines preuves notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige ou s'il parvient sans arbitraire à la constatation, sur la base des éléments déjà recueillis, que l'administration de la preuve sollicitée ne peut plus modifier sa conviction. Ce refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a ainsi procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 6B_400/2020 du 20 janvier 2021 consid. 2.1).

La décision négative du Ministère public sur une requête en complément de preuves n'est en elle-même pas sujette à recours selon l'art. 318 al. 3 CPP. Toutefois, lorsque l'autorité de recours est saisie d'un recours contre une ordonnance de classement qui fait suite au rejet d'une requête tendant à l'administration de preuves complémentaires, elle examinera si l'instruction apparaît suffisante et, si elle estime que l'instruction doit être

complétée, elle annulera l'ordonnance de classement et renverra la cause au Ministère public (Grodecki/Cornu, in : Kuhn/Jeanneret/Perrier Depeursinge [éd.], Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, 2^e éd., Bâle 2019, n. 19 ad art. 318 CPP).

2.3 En l'espèce, il ressort en substance de l'expertise pédiatrique urgentiste que les diagnostics de la première consultation du ***2022 étaient fondés et la médication adéquate, qu'au vu des courts délais, d'autres tests que celui de l'angine à streptocoques ne pouvaient pas être réalisés (étant précisé que depuis quelques années, il n'était plus nécessairement recommandé de diagnostiquer une pharyngite [qui équivaut à une angine] par des *Streptocoques pyogenes du groupe A*, car un traitement antibiotique n'était pas obligatoire et que normalement, le nom du virus ne changeait pas le traitement pour un enfant), que ni la présentation, ni l'examen clinique aurait dû faire penser à un syndrome de choc toxique débutant et qu'en définitive, la première prise en charge était conforme aux devoirs et aux règles de l'art. L'experte a également considéré que le diagnostic différentiel d'une gastro-entérite posé par la médecin du SMUR (Dre K. _____) pouvait être entièrement expliqué par l'anamnèse et que selon ces symptômes, il était donc fondé (étant précisé que dans le préhospitalier, il était important de travailler avec une première hypothèse et d'agir en conséquence, et non nécessairement de poser un diagnostic précis) et que, compte tenu des symptômes de l'enfant, qui pouvaient être interprétés de différentes manières, la présence de la médecin du SMUR dans l'ambulance n'aurait pas conduit à une autre prise en charge qui aurait eu une incidence sur la survenance du décès de cet enfant. S'agissant de la seconde prise en charge hospitalière, elle a été conforme aux devoirs des intervenants et aux règles de l'art, l'experte de relever que tous les critères de choc toxique n'étaient pas remplis, mais que le diagnostic d'un choc compensé sur le point de décompenser aurait pu être posé au moment de l'intervention.

L'expertise ambulancière a conclu que les actes effectués étaient conformes à la prise en charge adéquate et que le temps d'intervention légèrement supérieur à la médiane (24 min avec médication,

ici 28 minutes), n'était pas significatif compte tenu des circonstances (enfant ayant demandé à aller aux toilettes, pot posé sous ses fesses, diarrhée, pose d'une couche).

Il résulte de ces expertises et des auditions de tous les intervenants que la prise en charge a été adéquate, conforme aux règles de l'art et aux directives médicales du moment. Le caractère foudroyant du Syndrome du Choc Toxique (SCT) auquel l'enfant a succombé a été souligné par les intervenants et même l'experte spécialisée en pédiatrie d'urgence a admis que l'enfant avait seulement « *possiblement* » présenté un tableau dit de « *pré-choc* ».

Sur la question précise du score de Mac Isaac, même à supposer qu'il eût été calculé conformément à l'appréciation des recourantes, il est établi que les médecins n'auraient pas nécessairement donné un traitement antibiotique à l'enfant, les prescriptions de la Société Suisse de Pédiatrie ne préconisant l'administration d'un tel traitement. Même si l'experte ne se réfère pas directement à ce test (dont l'application est au demeurant scientifiquement discutée à la faveur du test Centor), elle se détermine spécifiquement sur l'administration d'antibiotiques en joignant à son rapport un article médical. L'experte ajoute qu'en cas d'angine simple, un SCT n'est pas à prévoir. L'expertise n'est pas lacunaire et les recourantes ne peuvent pas requérir un complément d'expertise uniquement pour tenter d'obtenir les réponses qu'elles espéraient lire dans le rapport de l'expertise mise en œuvre. A cet égard, on rappellera que le droit de faire administrer les preuves pertinentes – composante du droit fondamental d'être entendu et de participer au procès – n'est pas un blanc-seing et que la direction de la procédure peut refuser, sans violer le droit, une offre de preuve si elle n'est pas de nature à modifier le sort de la cause ou est dénuée de pertinence. Tel est le cas en l'espèce, puisque la preuve par expertise a été administrée de manière complète et qu'une réponse différente d'un autre expert ne conduirait pas à un sort différent de la cause sur le fond, même à admettre un score de Mac Isaac inquiétant, puisque, on le rappelle, même si le diagnostic de streptocoques de type A avait été posé, le traitement proposé (analgésique) est conformes aux pratiques

médicales démontrées, partant, ne permet pas de retenir de faute de la part des médecins.

Il en va de même de la question de l'information du résultat du test nasopharyngé COVID-19. Même à supposer que les recourantes aient été informées à 18h00 du résultat (heure figurant au dossier comme l'arrivée des résultats), le traitement n'aurait pas été différent. L'experte l'a clairement expliqué, le traitement administré était adéquat et ne dépendait pas du nom de la maladie (l'experte dit plusieurs fois que le traitement avec des analgésiques est adéquat pour une angine à streptocoques ; le nom du virus ne change pas le traitement). Cette explication est corroborée par les propos du Dr C. _____ dans son audition. Quant à d'autres tests, notamment une hémoculture, il a été exposé que les résultats seraient arrivés trop tardivement.

Quant au renvoi à domicile et au traitement administré à l'enfant, ainsi qu'il l'a été exposé, ils n'étaient pas critiquables et le Dr C. _____ a expliqué les motifs d'hospitalisation. Or, à 16h12, l'enfant ne présentait aucun motif d'hospitalisation - après en avoir discuté avec le Dr B. _____ - ce que l'experte a confirmé en retenant que « *l'enfant ne présentait pas d'une façon qui recommandait un diagnostic approfondi ou demandait un examen sans délai par un pédiatre expérimenté* ».

Compte tenu des éléments qui précèdent, les preuves administrées sont suffisantes et complètes pour juger le cas et le procureur n'a pas violé l'art. 107 CPP en refusant un complément d'expertise.

Sur le fond, les recourantes ne contestent pas formellement le sort réservé à la procédure, se bornant uniquement à contester l'ordonnance entreprise en tant qu'elle fait suite au refus d'ordonner une expertise complémentaire. Cela étant, on relèvera tout de même que, puisque sur le plan pénal, aucune faute ne peut être reprochée à aucun des intervenants, il se justifiait de classer la procédure pour homicide par négligence. En toute hypothèse, pour approfondir l'examen, même si la Dre K. _____ avait accompagné l'enfant dans l'ambulance, même si la

médecin du SMUR avait posé un diagnostic de choc toxique débutant plutôt que de gastro-entérite comme hypothèse de travail, même si les ambulanciers avaient par hypothèse enclenchés les moyens prioritaires, même si la durée de prise en charge hospitalière avait été plus courte de 4 minutes – autant d'éléments qui ne sont pas constitutifs d'une faute de chacun/e aux termes des expertises –, il n'est en tous les cas aucunement rendu possible que ces paramètres auraient permis d'éviter le décès de l'enfant. Aussi, l'exigence d'un lien de causalité n'est quoi qu'il en soit pas remplie en l'espèce (cf. art. 117 CP [Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0]).

3. Au vu de ce qui précède, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans échange d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et l'ordonnance du 17 novembre 2025 confirmée.

La demande formulée par les recourantes, tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire et à la désignation de Me Raphaël Tatti, déjà mandaté, en qualité de conseil juridique gratuit pour la procédure de recours, sera admise (cf. art. 136 CPP). L'assistance judiciaire sera entièrement accordée et comprendra donc également l'exonération des frais de procédure (art. 136 al. 2 let. b CPP).

Compte tenu de la nature de l'affaire et de l'acte de recours déposé, l'indemnité allouée à Me Raphaël Tatti doit être fixée à 1'080 fr., correspondant à une activité nécessaire d'avocat breveté de 6 heures au tarif horaire de 180 fr., montant auquel s'ajoutent des débours forfaitaires à concurrence de 2 % des honoraires admis (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 26b TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), par 21 fr. 60, et la TVA au taux de 8,1 % sur le tout, par 89 fr. 25, soit à 1'191 fr. au total en chiffres arrondis.

Vu l'exonération des frais de procédure accordée aux recourantes au titre de l'assistance judiciaire, l'émolument d'arrêt, par

2'310 fr. (art. 20 al. 1 TFIP), sera laissé à la charge de l'Etat. Il en ira de même de l'indemnité de conseil juridique gratuit, les recourantes devant être considérées, au vu des faits de la cause, comme des proches de la victime, de sorte qu'elles ne peuvent être tenues de rembourser les frais d'assistance judiciaire gratuite (art. 138 al. 1bis CPP).

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** L'ordonnance du 17 novembre 2025 est confirmée.
- III.** La demande d'assistance judiciaire est admise et Me Raphaël Tatti est désigné en qualité de conseil juridique gratuit d'A. _____ et N. _____ pour la procédure de recours.
- IV.** L'indemnité allouée à Me Raphaël Tatti est fixée à 1'191 fr. (mille cent nonante et un francs).
- V.** Les frais d'arrêt, par 2'310 fr. (deux mille trois cent dix francs), ainsi que l'indemnité allouée au conseil juridique gratuit, par 1'191 fr. (mille cent nonante et un francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- VI.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Raphaël Tatti, avocat (pour A. _____ et N. _____),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Me Laurent Fischer, avocat (pour M. _____),
- M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :