

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 5 avril 2022

Composition : Mme BYRDE, présidente
MM. Meylan et Maillard, juges
Greffière : Mme Desponds

Art. 318 CP ; 319 CPP

Statuant sur le recours interjeté le 15 novembre 2021 par **A.W.**_____ contre l'ordonnance de classement rendue le 2 novembre 2021 par le Ministère public central, division affaires spéciales, dans la cause n° **PE19.021262-HRP**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. A la suite d'une plainte déposée par A.W._____ le 28 août 2019 (P. 5), le Ministère public central, division affaires spéciales, a ouvert une instruction pénale contre F._____, médecin psychiatre psychothérapeute reconnue par la Fédération des médecins suisses (ci-après : FMH), pour avoir établi en faveur d'B.W._____ (épouse du

plaignant), entre le 4 juillet 2017 et le mois de janvier 2019, plusieurs certificats médicaux au contenu contraire à la vérité, alors que ces écrits étaient destinés à être produits en justice.

A l'appui de sa plainte, A.W._____ a produit un bordereau de pièces, qui contenait, en particulier, quatre rapports médicaux établis par F._____. Ces écrits ont la teneur suivante :

Rapport établi le 4 juillet 2017 (P. 6/4/1) par F._____ :

« Je reçois Mme B.W._____ à ma consultation de façon hebdomadaire.

Mme B.W._____ présente un état dépressif clair associé à une anxiété majeure. Je note des symptômes de trouble du sommeil avec d'importantes difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et réduction globale du temps de sommeil. Les ruminations anxieuses sont envahissantes et l'anxiété quotidienne est importante, entravant la réalisation des tâches, même par moment les tâches domestiques simples. Episodes d'attaques de panique, lors de stress plus intense. Présence d'une perte d'appétit avec perte pondérale. Difficultés de concentration et d'organisation.

Tristesse, diminution des envies de sociabilisation avec besoin d'évitement social protecteur. Sentiment de perte d'intérêt et d'endurance.

Mme B.W._____ présente un état anxio-dépressif avec une symptomatologie active quotidienne, sous traitement médicamenteux. Elle présente actuellement de façon claire une incapacité de travail à 100 %. Le fonctionnement quotidien de base (dormir, s'alimenter, s'organiser) est entravé ».

Rapport établi le 4 janvier 2018 (P. 6/4/2) par F._____ :

« (...) je reçois Mme B.W._____ à ma consultation depuis mai 2017 avec une demande initiale de soutien face à un état anxieux et dépressif avec épuisement progressif dans un contexte de procédure de divorce conflictuelle (sic) associée à des stressseurs financiers.

Je retiens les diagnostics d'épisode dépressif F32.1, associé à un trouble anxieux F41.9, Mme B.W._____ a présenté des épisodes de crise anxieuse paroxystique sous la forme d'attaques de panique sans évolution en Trouble panique généralisé.

Mme B.W._____ reçoit un traitement d'antidépresseur (Cipralax, 10 mg, 1cp/j), d'anxiolytique (Lexotanil 1,5 mg, en réserve) et de somnifère (Stilnox 10 mg, en réserve).

Je la reçois de façon hebdomadaire.

Mme B.W._____ présente initialement principalement une symptomatologie anxieuse importante quotidienne associée à des troubles du sommeil récurrents sous la forme de difficultés d'endormissement en lien avec des ruminations anxieuses, de multiples réveils nocturnes parfois de longue durée et un raccourcissement clair de la durée et de la qualité du sommeil. Présence d'une fatigue importante, d'une perte de repères avec anxiété d'anticipation face à l'avenir. Mme B.W._____ présente des ruminations majeures et des angoisses importantes en lien avec l'impact du contexte de séparation et des enjeux de la procédure sur ses deux fils (tensions, angoisses, situation de conflit, stress financier).

Je prescris donc en première intention un traitement d'anxiolytique, et de somnifère mentionné plus haut.

En juin 2017, Mme B.W._____ développe une péjoration de l'humeur, un découragement, une difficulté d'initiative, des angoisses massives, des insomnies réfractaires aux prescriptions et des cauchemars sur le temps de sommeil qui devient clairement insuffisamment récupérateur avec un épuisement psychologique et physique. Elle évoque un retrait social, un évitement des contacts même amicaux.

Mme B.W._____ présente des ruminations anxieuses envahissantes, une fatigue majeure, une difficulté d'initiation des tâches d'organisation, même par moments pour les tâches domestiques simples. Perte d'appétit avec perte pondérale.

Je rajoute alors début juin 2017 une prescription d'antidépresseur, Cipralax 5 mg cp à laquelle progressivement Mme B.W._____ répond favorablement sur le plan symptomatique au cours de juillet puis d'août 2017.

En septembre, Mme B.W._____ présente une bonne évolution du sommeil, élément primordial pour atteindre un équilibre, avec des nuits sans interruption de 6h, voire 7h consécutives, jusqu'alors jamais atteintes. Récupération d'une humeur plutôt stable et d'un meilleur niveau d'énergie, lui permettant même certains jours de reprendre son activité de peinture, ce qui n'avait plus été possible en raison de l'épuisement et de l'état anxio-dépressif.

Mme B.W._____ pratique la peinture sous différentes formes depuis de nombreuses années avec participation à une dizaine d'expositions.

Mme B.W._____ décrit avoir vécu une séparation extrêmement traumatique et brutale, avec une période initiale d'angoisses majeures et d'insomnies extrêmement importantes malgré un épuisement conséquent.

Elle évoque dans cette période initiale de séparation avoir pu s'appuyer sur les activités créatrices pour « remplir » les longues périodes d'insomnie totale. L'épuisement lui laissant peu de ressources créatives, Mme B.W._____ a développé une technique de tableaux sous la forme de multiplications obsessionnelles d'objets. Elle exprime clairement que ces heures de création ont représenté alors une ressource et un soutien majeur.

Une activité créatrice avec un certain niveau d'intensité et d'implication représente une activité de pleine conscience et d'ancrage dans le moment présent. Les activités de pleine conscience du moment présent représentent effectivement des stratégies ressources protectrices face à l'anxiété et les ruminations ainsi que face à la gestion du stress.

La pleine conscience, sous la forme de méditation ou de pratique d'activités de pleine conscience, représente une stratégie thérapeutique proposée dans la gestion du stress, la prévention et le traitement des états anxieux et dépressifs.

En novembre, Mme B.W._____ présente une nouvelle péjoration importante de l'humeur puis une nette baisse de l'état psychologique amplifiée suite à la réception d'un gros document lié à la procédure de divorce en cours avec une augmentation nette du niveau d'angoisse et une reprise des ruminations anxieuses. Le sommeil est à nouveau sévèrement perturbé, les angoisses majeures, larmes, perte d'énergie et de motivation, diminution de l'endurance, même face aux tâches domestiques, nécessité de siestes de deux heures l'après-midi. Présence à nouveau de difficultés d'attention, de concentration et de mémoire (nécessité de multiplier les notes, billets, rappels), difficultés de planification des tâches.

J'augmente le traitement antidépresseur à 10 mg par jour mi novembre 2017.

Je note mi-décembre une amélioration progressive de l'humeur et de l'énergie à la suite de l'adaptation du traitement.

Du plus, fin décembre, Mme B.W._____ est contactée pour une proposition de projet artistique en collaboration. Cette perspective amène également une certaine amélioration de l'énergie et de la productivité, observation clinique pour l'instant sur une très courte durée qui sera à réévaluer en janvier 2018.

La symptomatologie anxio-dépressive montre une potentialité d'évolution favorable par le biais du soutien psychothérapeutique et de la prescription médicamenteuse.

Les apports thérapeutiques et la pratique de la peinture représentent ainsi des facteurs soutenant et vecteurs d'évolution favorable.

Mme B.W._____ présente régulièrement des péjorations de son état psychologique lors de stressseurs émanant de la situation de divorce conflictuelle, stressseurs financiers, audiences.

Concernant l'évolution de l'évaluation d'une capacité potentielle de travail, je ne l'ai pas attestée par écrit par un certificat classique, Mme B.W._____ ne se trouvant pas en situation d'emploi et n'ayant pas de destinataire ayant besoin d'une attestation de capacité/incapacité. L'évaluation de capacité/incapacité m'a été demandée dans le cadre de la procédure juridique en cours.

De manière logique, la capacité/incapacité évolue en fonction de l'ampleur/atténuation/péjoration de la symptomatologie psychiatrique. Mme B.W._____ présente actuellement une incapacité de travail de 100 % depuis début novembre, en cours, à réévaluer en janvier 2018 (...) »

Rapport établi le 14 mars 2018 (P.6/4/3) par F._____ :

« Je reçois Mme B.W._____ à ma consultation depuis le 2 mai 2017, à fréquence hebdomadaire.

Mme B.W._____ continue de présenter de façon claire une incapacité de travail actuellement à 100 % en raison d'une symptomatologie anxieuse majeure associée à une symptomatologie dépressive. Malgré une couverture médicamenteuse par une prescription d'antidépresseur, d'anxiolytique et de somnifère, le stress financier auquel elle et ses fils sont soumis représente un facteur péjorant constant.

Mme B.W._____ a réussi à présenter, sur quelques demi-journées, une productivité artistique minime (prendre des photos de modèles). Elle mentionne un besoin de récupération nécessaire à la suite d'un après-midi de prises de vue. Si elle parvient à peindre, elle doit fractionner son activité. A mon sens, quelques heures de prises de vues ou quelques heures, fractionnées, à peindre, ne représentent actuellement pas une capacité de travail sollicitable (sic), ni sur le plan de la constance ni sur le plan de l'endurance, avec de plus une nécessité de siestes récupératoires (sic) après l'activité.

Selon mon évaluation, l'état de santé psychologique s'est à nouveau péjoré face aux difficultés financières qui représentent un facteur de stress majeur. Sur février et mars, Mme B.W._____ présente des angoisses quotidiennes, des ruminations sur sa situation financière difficile, des angoisses à l'ouverture du courrier, des angoisses pour ses fils et leur évolution dans ce contexte, une fatigue majeure, une fatigabilité avec une faible endurance, une nécessité de fractionner ses tâches, des siestes nécessaires chaque jour pour tenter de tamponner la fatigue et le manque d'endurance. La concentration est mauvaise avec nécessité d'établir de multiples listes des tâches à effectuer avec des oublis et des manquements malgré l'établissement de listes. Il lui est ainsi arrivé de se présenter à ma consultation avec un jour d'avance ou le bon jour mais à la mauvaise heure.

Elle présente à nouveau une réduction du temps de sommeil en raison d'angoisses nocturnes avec des endormissements non souhaités la journée à domicile et une baisse de vigilance. Présence d'un fort découragement, un sentiment d'humiliation avec tristesse, larmes fréquentes.

Malgré le fait d'avoir pu débiter un nouveau projet artistique par le biais des prises de vues réalisées, Mme B.W._____ évoque une impuissance et une frustration de ne pouvoir actuellement faire avancer son projet que lentement en raison de l'absence de finances pour faire développer ses tirages ou les tirer en grand format pour préparer une exposition ».

Rapport établi en janvier 2019 (P. 6/6) par F._____ :

« Je reçois Mme B.W._____ à ma consultation depuis le 2 mai 2017.

Je retiens sur le plan médical un diagnostic d'épisode dépressif F 21.1, associé à un trouble anxieux F 41.9. Mme B.W._____ a présenté des épisodes de crise anxieuse paroxystique sous la forme d'attaques de panique sans évolution en trouble panique caractérisé. En raison de sa symptomatologie, Mme B.W._____ a reçu un traitement d'anxiolytique (Lexotanil 1,5 mg) et de somnifère (Stilnox 10 mg). Mme B.W._____ a reçu également un traitement d'antidépresseur de Cipralex à 5 mg par jour entre juin 2017 et novembre 2017. La prescription a été augmentée à 10 mg par jour depuis novembre 2017. Le traitement antidépresseur a pu être interrompu début mai 2018. Mme B.W._____ conserve actuellement un traitement anxiolytique et somnifère en réserve.

Selon mon évaluation médicale, attestée lors des rendez-vous à ma consultation, Mme B.W._____ présente une incapacité de travail à 100 % pour une activité

professionnelle dans l'économie depuis le 2 mai 2017 et cette incapacité de travail à 100 % sur le marché premier de l'emploi est toujours présente lors de la rédaction de ce rapport médical en janvier 2019. J'ai reçu Mme B.W. _____ depuis le 2 mai 2017 à une fréquence hebdomadaire, hormis les temps de vacances. Sur ma période d'observation de mai 2017 à janvier 2019, la symptomatologie a présenté des fluctuations sous la forme de péréorations et d'améliorations. Les périodes d'amélioration consistent en une atténuation de la symptomatologie anxio-dépressive, mais ces périodes d'atténuation des symptômes n'ont néanmoins pas permis à ce jour le constat de l'existence d'un état de santé compatible avec le développement d'une capacité de travail sollicitable dans l'économie.

Dans mes rapports médicaux du 4 juillet 2017, 4 janvier 2018 et 14 mars 2018, j'ai décrit l'évolution de l'état de santé et de la situation médicale de Mme B.W. _____ sur la période allant de mai 2017 à février 2018. Je reprends ici brièvement les éléments principaux de mon observation, en poursuivant ensuite pour la période allant de février 2018 à décembre 2018.

Au début de mon suivi en mai 2017, Mme B.W. _____ présente initialement une symptomatologie anxieuse importante quotidienne associée à des troubles du sommeil récurrents sous la forme de difficultés d'endormissement en lien avec des ruminations anxieuses, de multiples réveils nocturnes parfois de longue durée et un raccourcissement clair de la durée et de la qualité du sommeil. Présence d'une fatigue importante, de ruminations majeures et des angoisses importantes.

Je prescris donc en première intention un traitement d'anxiolytique et de somnifère.

En juin 2017, Mme B.W. _____ développe une péréoration de l'humeur, une difficulté d'initiative, des angoisses massives, des insomnies réfractaires aux prescriptions et des cauchemars sur le temps de sommeil qui devient insuffisamment récupérateur avec un épuisement psychologique et physique. Mme B.W. _____ présente des ruminations anxieuses envahissantes, une difficulté d'initiation des tâches d'organisation, même par moments pour les tâches domestiques.

Je rajoute alors début juin 2017 une prescription d'antidépresseur, Ciprallex 5 mg à laquelle progressivement Mme B.W. _____ répond favorablement sur le plan symptomatologique au cours de juillet, puis d'août 2017.

En septembre, Mme B.W._____ présente une bonne évolution du sommeil, élément primordial pour atteindre un équilibre, avec des nuits sans interruption de 6h, voire 7h consécutives, jusqu'alors jamais atteintes. Récupération d'une humeur plus stable et d'un meilleur niveau d'énergie.

En novembre, Mme B.W._____ présente une nouvelle péjoration importante de l'humeur avec une nette baisse de l'état psychologique, une augmentation du niveau d'angoisse et une reprise des ruminations anxieuses. Le sommeil est à nouveau sévèrement perturbé, les angoisses majeures, avec larmes, perte d'énergie et de motivation, diminution de l'endurance, nécessité de siestes en cours de journée. Présence de difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, difficultés de planification des tâches.

J'augmente le traitement antidépresseur à 10 mg par jour à mi-novembre 2017.

Je note mi-décembre 2017 une amélioration progressive de l'humeur et de l'énergie à la suite de l'adaptation du traitement.

Dans le cadre de cette période d'amélioration, Mme B.W._____ parvient à mettre en place une activité artistique et de photographie à laquelle elle a pu s'adonner entre décembre 2017 et janvier 2018. Cette activité artistique et de photographie apporte du plaisir et de la motivation à Mme B.W._____, mais ne présente pas une activité qui soit identifiée comme comparable à une capacité de travail au sens de l'économie. Au même titre que l'ergothérapie ou de l'art thérapie, cette activité constitue un sens, un soutien, du plaisir et de la motivation, mais ne présente pas une capacité superposable et une capacité économique. Cette activité artistique a été présente de façon temporaire, non constante et non reproductible par la suite, car Mme B.W._____ a développé entre fin janvier 2018 et mars 2018 une nouvelle péjoration de la symptomatologie dépressive, avec péjoration de l'humeur et de l'énergie, à nouveau des troubles du sommeil et plusieurs réveils nocturnes, des troubles cognitifs sous la forme de difficultés de concentration et de mémoire, de la peine à trouver ces mots, un discours ralenti. Mme B.W._____ doit à nouveau multiplier les notes et les post-it pour soutenir sa mémoire et son attention.

Par la suite, entre mars 2018 et avril 2018, la symptomatologie dépressive s'atténue progressivement. Mme B.W._____ récupère une humeur plus stable. Le sommeil se régularise et l'énergie s'améliore. Mme B.W._____ parvient à nouveau à gérer les tâches ménagères. Les fonctions cognitives de concentration, d'attention et de mémoire s'améliorent également. Cette situation clinique permet d'envisager début mai 2018, d'arrêter le traitement antidépresseur et d'utiliser le somnifère et l'anxiolytique sous forme de réserves.

Cette amélioration clinique observée début mai 2018 permet d'envisager le signalement à l'Assurance-invalidité.

Dans le domaine de la réadaptation professionnelle, je fais la distinction entre deux situations cliniques. Une première situation où l'état de santé représente une incapacité de travail dans l'économie ainsi qu'une incapacité également pour des mesures de réinsertion. Une deuxième situation où l'état de santé constitue une incapacité de travail dans l'économie mais permet d'envisager que la personne puisse solliciter des ressources pour suivre des mesures de réinsertion. Cette deuxième situation est présente depuis début mai 2018 dans le cadre de l'atténuation des symptômes dépressifs et de l'interruption possible de la médication antidépresseur.

Concernant le recours à l'Assurance-invalidité et les droits de Mme B.W. _____ par rapport aux prestations, la situation de Mme B.W. _____ d'avoir été sans emploi exercé durant plus de vingt ans ne lui donne pas accès aux mesures secondaires de l'Assurance-invalidité que sont les prestations de rente ou les prestations de reclassement professionnel et de formation professionnelle. Mme B.W. _____ peut par contre bénéficier des mesures d'insertion primaires (MIP). A la suite de la communication de détection précoce, le psychologue de l'Assurance-invalidité a un délai de trente jours pour rencontrer et évaluer l'assuré demandeur afin de déterminer si ce dernier peut bénéficier de mesures. Afin que Mme B.W. _____ puisse bénéficier de ces mesures primaires, il importe que le signalement à l'Assurance-invalidité soit fait à un moment où l'état de santé de l'assurée lui permet d'entrer dans ces mesures d'insertion primaires qui sont mises en place dans la continuité du signalement et qui nécessitent de pouvoir produire un certain rendement d'activité et de pouvoir solliciter ses capacités cognitives d'attention et de concentration. Le programme comprend en effet un suivi individuel, un programme de coaching de renforcement personnel, du coaching de renforcement professionnel ainsi que des activités de groupe en atelier.

Début mai 2018, l'état de santé de Mme B.W. _____ est amélioré avec une amélioration de l'humeur, de l'énergie et des fonctions cognitives qui permettent l'entrée dans des mesures d'insertion primaires.

Mme B.W. _____ rencontre le 18 juin 2018 Mme [...], psychologue de l'Assurance-invalidité. Au terme de son évaluation, Mme [...] établit que Mme B.W. _____ présente une situation et un état de santé compatibles avec la mise en place de mesures d'insertion primaire de l'Assurance-invalidité.

Durant l'été 2018, dans la continuité de l'atténuation des symptômes, Mme B.W._____ a pu entreprendre une activité artistique qu'elle avait été dans l'incapacité d'effectuer depuis janvier. Elle a ainsi pu effectuer une série de prises de vue photographiques. Comme évoqué précédemment, cette activité est temporaire, non stable et représente une activité occupationnelle de plaisir et de valorisation. La sollicitation dans cette activité durant quelques semaines a amené une période d'épuisement consécutive sur septembre et octobre 2018 avec fatigue diurne nécessitant à nouveau des siestes en journée, endormissement précoce, déstructuration du rythme, perte de maîtrise sur les tâches quotidiennes, difficultés de concentration et fatigabilité sur les tâches, sentiment de perte de sens par rapport à sa vie et apparition d'idées noires.

Cette péjoration permet de constater qu'une activité de création artistique qui est une activité occupationnelle sans mesure de comparaison avec une activité professionnelle dans l'économie, effectuée sur quelques semaines, à temps partiel, conduit à un épuisement et une péjoration dépressive importante. L'état de santé de Mme B.W._____ n'est pour l'instant clairement pas compatible avec la sollicitation et le rendement attendu dans le cadre d'une activité professionnelle dans l'économie.

Mme B.W._____ rencontre le 13 décembre 2018 Mme [...], psychologue spécialiste en coaching, renforcement personnel et accompagnement en réinsertion professionnelle. Mme [...] va accompagner Mme B.W._____ pour une durée de plusieurs mois dans le cadre des prestations de DM'Coaching, structure mandatée par l'Assurance-invalidité pour l'application des mesures d'insertion primaires pour viser à un soutien à la réinsertion professionnelle.

Face à cette nouvelle péjoration, j'ai évoqué en décembre la question de la reprise d'une prescription médicamenteuse d'antidépresseur. Lors de la rédaction de ce rapport en janvier 2019, il apparaît que le suivi par coaching rapproché apporte un soutien à Mme B.W._____ et pour l'instant la disparition des idées noires ».

Le 5 octobre 2020, le Ministère public a procédé à l'audition de F._____, entendue en qualité de prévenue (PV. aud. 1).

B. Par ordonnance du 2 novembre 2021, le Ministère public central, division affaires spéciales, a ordonné le classement de la procédure pénale dirigée contre F._____ pour faux certificat médical (I),

levé le séquestre portant sur le dossier médical et ordonné sa restitution à la prévenue (II), lui a alloué une indemnité 429 al. 1 let. a CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 : RS 312.0) de 2'184 fr. 65 (III), ainsi qu'une indemnité 429 al. 1 let. b CPP de 1'179 fr. 30 (IV) et a laissé les frais de procédure à la charge de l'Etat (V).

Le Procureur a en substance considéré qu'au vu du dossier médical et des déclarations de F._____, il apparaissait que cette dernière avait fondé son analyse sur les signes cliniques et l'anamnèse présentée par sa patiente, que les attestations médicales litigieuses n'étaient que le reflet des constatations faites par la médecin tout au long de son suivi, que, s'agissant d'un diagnostic psychiatrique, on voyait mal comment la praticienne aurait pu constater sur le terrain l'insomnie et les conflits aigus qui opposaient sa patiente à son ex-mari, que le fait que la justice civile ait écarté les certificats médicaux n'impliquait pas encore que ces écrits soient des faux au sens de l'art. 318 CP, qu'il aurait pour cela fallu que la prévenue ait volontairement indiqué des éléments contraires à la vérité ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Aucun élément permettant de remettre en doute la bonne foi de la prévenue lors de l'établissement des certificats litigieux, il convenait donc de rendre une ordonnance de classement.

C. Par acte du 15 novembre 2021, A.W._____ a recouru contre cette ordonnance, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, la procureure étant invitée à rédiger un acte de mise en accusation à l'encontre de F._____.

Le 11 mars 2022, le Ministère public a conclu au rejet du recours, en se référant intégralement à son ordonnance.

Le 21 mars 2022, F._____, par son défenseur de choix, a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et de dépens.

Le 31 mars 2022, A.W._____ s'est spontanément déterminé consécutivement au courrier du 21 mars 2022 de F._____.

En droit :

1.

1.1 Les parties peuvent attaquer une ordonnance de classement rendue par le ministère public en application des art. 319 ss CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Ce recours s'exerce auprès de l'autorité de recours (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 d'introduction du Code de procédure pénale suisse du 19 mai 2009 ; BLV 312.01] ; art. 80 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]). Le recours doit être adressé par écrit, dans un délai de dix jours, à l'autorité de recours (art. 322 al. 2 et 396 al. 1 CPP).

1.2 Interjeté dans les formes et dans le délai légal auprès de l'autorité compétente par la partie plaignante, qui directement affectée dans ses droits (art. 382 al. 1 CPP), les certificats médicaux en cause ayant été produits dans le cadre de la procédure civile qui divise le recourant d'avec son épouse afin d'étayer l'existence d'une incapacité de travail totale de cette dernière et lui éviter l'imputation d'un revenu hypothétique, le recours de A.W._____ est recevable.

2. Le recourant se plaint notamment d'une violation de son droit d'être entendu. Il reproche au Ministère public de ne pas s'être prononcé sur la portée de l'avis exprimé par le Dr J._____ dans son rapport du 24 mai 2019 ainsi que sur ses allégations de violation des règles professionnelles par l'intimée alors qu'il s'agissait, selon lui, d'éléments fondamentaux du dossier.

2.1 Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS

101), comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que le juge mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; ATF 139 IV 179 consid. 2.2), de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 III 65 consid. 5.2). L'autorité n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 142 II 154 consid. 4.2). La motivation peut pour le reste être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 142 IV 380 consid. 1.4.1 et les références citées ; TF 6B_62/2022 du 21 février 2022 consid. 2.1).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Cependant, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). Par ailleurs, le droit d'être entendu n'est pas une fin en soi. Il constitue un moyen d'éviter qu'une procédure judiciaire ne débouche sur un jugement vicié en raison de la violation du droit des parties de participer à la procédure, notamment à l'administration des preuves. Lorsqu'on ne voit pas quelle influence la violation du droit d'être entendu a pu avoir sur la procédure, il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1 ; TF 6B_62/2022 précité)

2.2 En l'espèce, il est vrai que le Procureur n'a pas examiné la portée de l'appréciation médicale rédigée le 24 mai 2019 par le Dr J._____, psychiatre psychothérapeute FMH, au sujet des certificats litigieux (P. 6/20/1 et 6/20/2, produite à l'appui de la plainte) et qu'elle ne s'est pas prononcée non plus sur l'argument en lien avec une éventuelle violation des règles professionnelles régissant l'établissement de rapports médicaux par l'intimée que le recourant avait effectivement soulevé dans ses écritures (cf. notamment P. 28). À supposer qu'il faille y voir une violation du droit d'être entendu du recourant, elle ne justifierait pas à elle seule l'annulation de l'ordonnance, les deux questions soulevées pouvant être examinées par la Cour de céans qui dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit, d'une part, et étant prise en compte dans son examen, d'autre part (cf. infra consid. 3.2).

Le grief doit donc être rejeté.

3. Le recourant soutient qu'il existerait des soupçons suffisants pour renvoyer F._____ en jugement comme prévenue de faux dans les certificats au sens de l'art. 318 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.0). Il fait valoir que des décisions de justice civile entrées en force ont retenu que la description de l'état de santé d'B.W._____ faite par l'intimée ne correspondait pas à la réalité, que ces décisions avaient en particulier constaté qu'B.W._____ disposait d'une capacité de travail pleine et entière et que le Dr J._____, psychiatre psychothérapeute FMH – et par ailleurs juge assesseur auprès la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal – avait également confirmé le caractère inexact des constatations figurant dans les rapports litigieux. Le recourant souligne par ailleurs que les certificats médicaux en cause avaient pour but de servir les intérêts d'B.W._____ dans le cadre de la procédure de séparation qui les divisait. A cet égard, le recourant souligne en particulier que F._____ aurait contrevenu de manière crasse aux règles de base relatives à l'établissement de certificats médicaux – en omettant notamment d'indiquer qu'elle ne faisait que rapporter les dires de sa patiente, en ne fournissant que peu de données objectivables ou encore

en ne précisant pas expressément la date de début et de fin de la capacité travail – et ce dans le but de dresser un tableau sinistre et alarmant de la situation afin de soutenir la position procédurale d’B.W._____ et de ses avocats. Il fait encore valoir que les explications fournies par l’intimée au sujet des raisons pour lesquelles une procédure de détection précoce auprès de l’AI n’a pas été initiée plus rapidement seraient inexactes.

3.1

3.1.1 Selon l’art. 319 al. 1 CPP, le ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure lorsqu’aucun soupçon justifiant une mise en accusation n’est établi (let. a), lorsque les éléments constitutifs d’une infraction ne sont pas réunis (let. b), lorsque des faits justificatifs empêchent de retenir une infraction contre le prévenu (let. c), lorsqu’il est établi que certaines conditions à l’ouverture de l’action pénale ne peuvent pas être remplies ou que des empêchements de procéder sont apparus (let. d) ou lorsqu’on peut renoncer à toute poursuite 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, qui découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 al. 1 CPP ; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui vaut également pour l’autorité judiciaire chargée de l’examen d’une décision de classement, signifie qu’en règle générale, un classement ou une non-entrée en matière ne peuvent être prononcés 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 dispose, 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’acquiescement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d’une infraction grave. En cas de doute s’agissant de la situation factuelle ou juridique, ce n’est pas à l’autorité d’instruction ou d’accusation mais au juge matériellement compétent qu’il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1 ; ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2 et les références citées ;

TF 6B_1381/2021 du 24 janvier 2022 consid. 2). 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.

Pour pouvoir constater légitimement que l'instruction ne corrobore aucun soupçon justifiant une mise en accusation (art. 319 al. 1 let. a CPP), le ministère public doit avoir préalablement procédé, conformément à la maxime d'instruction (art. 6 al. 1 CPP), à toutes les mesures d'instruction susceptibles d'établir l'existence de soupçons suffisants justifiant une mise en accusation (CREP 10 mai 2016/305 et les références citées).

3.1.2 Aux termes de l'art. 318 al. 1 CP, sont punis d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire, les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les sages-femmes qui auront intentionnellement dressé un certificat contraire à la vérité, alors que ce certificat était destiné à être produit à l'autorité ou à procurer un avantage illicite, ou qu'il était de nature à léser les intérêts légitimes et importants de tierces personnes. La peine sera une peine privative de liberté de trois ans au plus ou une peine pécuniaire si le délinquant avait sollicité, reçu ou s'était fait promettre une rémunération spéciale pour dresser ce certificat. La peine sera l'amende si le délinquant a agi par négligence (al. 2).

Le certificat médical est une constatation écrite se rapportant à l'état de santé d'une personne ou d'un animal (cf. Corboz, Les infractions en droit suisse, vol. 2, 3^e éd. 2010, p. 726), soit plus particulièrement un document qui se détermine sur l'état de santé d'une personne, rapporte des constatations découlant d'analyses ou d'exams, indique la nécessité d'une thérapie ou encore la capacité de travail d'une personne (cf. Salmina/Postizzi, in Commentaire romand CP II 2017, n. 5 ad. art. 318 CP). Il s'agit du seul document établi par des particuliers qui fait l'objet d'un régime pénal différent du régime ordinaire de faux dans les titres prévu à l'art. 251 CP. Cette particularité, au même titre que le fait

que l'auteur négligent soit également punissable, souligne la valeur particulière conférée au certificat médical, notamment en raison de sa grande importance probatoire, de même que la confiance particulière accordée au personnel sanitaire mentionné à l'art. 318 CP et la responsabilité qui leur appartient (cf. Salmina/Postizzi, op. cit., n. 1 ad art. 318).

Le champ d'application du certificat médical au sens de l'art. 318 CP est très vaste. Il englobe, au-delà du certificat médical au sens propre du terme, les certificats de capacité de travail, les actes de naissance et les certificats de décès, ainsi que les certificats de vaccination ou les rapports médico-légaux relatifs notamment au taux d'alcoolémie ou à la vérification des conditions d'aptitude à la conduite (cf. Salmina/Postizzi, op. cit., n. 5 ad. art. 318). Ce document attestant d'un fait peut donc aussi bien établir le diagnostic d'une pathologie somatique ou psychiatrique, que certifier d'un état plus au moins grave d'infirmité physique ou mentale (cf. Robert, Le faux certificat médical [art. 318 CPS], Fiche juridique suisse n°141 pp. 2-3). Le certificat médical est un moyen de preuve, c'est en effet un titre destiné à prouver un fait de portée juridique et il est précisément établi à cette fin (cf. Hirsig-Vouilloz, La responsabilité du médecin, aspects de droit civil, pénal et administratif, 2017, p. 184). Contrairement à l'expertise rédigée à la demande d'une autorité, le certificat médical est un document attestant de l'état de santé du patient établi à la demande de ce dernier ou, dans les cas d'un enfant ou d'une personne incapable de discernement, de son représentant légal. Il est rédigé par le médecin traitant à l'attention de son patient, ceci afin que ce dernier le transmette à une tierce personne. Si le patient le demande expressément, le certificat médical peut, cas échéant, être envoyé directement par le médecin à une tierce personne, soit notamment à un avocat, à un tribunal ou à un employeur (cf. La Harpe/Horisberger/Harding/Ummel [ci-après : La Harpe et al.], Acte médical requis par une autorité, constat médical et certificat médical, in Droit de la santé et médecine légale, 2014, pp. 384-386). Quant au contenu, il est essentiellement descriptif et basé sur le contenu du dossier médical. Le médecin doit le rédiger en toute liberté, sans subir de

pressions de son patient ni d'une autre source (cf. La Harpe et al., op. cit., p. 385). Concernant les modalités pratiques, le certificat médical doit être présenté sur le papier à en-tête du praticien ou de l'établissement médical dans lequel le patient a été soigné. L'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de fax, voir le courriel du médecin traitant doivent également figurer dans le document (cf. La Harpe et al., op. cit., p. 385).

Le certificat médical est considéré comme « *contraire à la vérité* » si la réalité qu'il décrit est différente de celle effective, s'il contient des affirmations fausses ou s'il omet ou dissimule des circonstances importantes. Le certificat est faux s'il donne une image non correcte (« *unzutreffend* ») de l'état de santé ou des mesures à prendre ou encore des conséquences à en tirer (cf. Salmina/Postizzi, op. cit., n. 5 ad art. 318 et les réf. citées ; Corboz, op. cit., p. 727). Il en va de même lorsque le médecin présente correctement un fait, mais qu'il omet de préciser qu'il n'a pas examiné lui-même le patient ou qu'il ne fait que répéter les dires d'autrui (cf. Hirsig-Vouilloz, op. cit., p. 185). Il n'est néanmoins pas aisé d'établir si un certificat est conforme ou non à la réalité. En effet, la médecine n'est pas une science exacte, les circonstances peuvent évoluer au fil du temps ou contenir des variables incertaines. En même temps, les déclarations subjectives du patient, notamment dans les contextes psychiatriques, peuvent constituer une base importante pour l'évaluation attestée par l'opérateur sanitaire (Salmina/Postizzi, op. cit., n. 5 ad art. 318 CP et les réf. citées). Partant, ce n'est pas l'état de santé objectif du patient qui détermine la véridicité d'un diagnostic, mais l'appréciation exprimée par le médecin (cf. TF 6B_99/2008 du 18 mars 2003 consid. 2.4). Ainsi, si le diagnostic du médecin est scientifiquement soutenable, quand bien même ce dernier est erroné, il n'est pas considéré comme fausement certifié au sens de l'art. 318 CP. La qualité de la procédure d'examen suivie par le médecin est par conséquent décisive (Salmina/Postizzi, op. cit., n. 5 ad art. 318 CP).

Pour que l'art. 318 CP soit applicable il ne suffit pas que le certificat médical soit contraire à la vérité. Ce dernier doit encore être destiné à être produit à une autorité, procurer un avantage illicite ou

encore être de nature à léser les intérêts légitimes et importants de tierces personnes. Le texte légal exprime clairement le caractère alternatif de ces trois hypothèses. Partant, bien qu'elles ne s'excluent pas mutuellement, la concrétisation d'une seule des hypothèses suffit à réaliser l'infraction prévue à l'art. 318 CP. Ainsi, lorsque le certificat était destiné à l'autorité, la loi n'exige pas cumulativement ni le but de procurer un avantage illicite, ni la lésion des intérêts de tiers. La norme pénale protège en effet déjà le seul intérêt de l'autorité à pouvoir disposer de renseignements fiables pour s'acquitter des tâches qui lui incombent (TF 6B_152/2007 du 13 mai 2008 consid. 3.2).

Sur le plan subjectif, l'art. 318 CP présuppose la connaissance du caractère non-véridique de ce qui est certifié dans le document. Le dol éventuel suffit. L'auteur doit également vouloir, ou à tout le moins accepter l'éventualité, que le document soit destiné à une autorité ou à procurer un avantage illicite, ou encore de nature à léser les intérêts légitimes et importants de tiers (Salmina/Postizzi, op. cit., n. 7 ad art. 318 CP).

Le faux certificat médical commis par négligence est également punissable selon l'art. 318 al. 2 CP. La négligence doit se rapporter à la non-véridicité de ce qui est certifié. En réprimant l'hypothèse de commission par négligence, on instaure une obligation de diligence à la charge de l'auteur dont la portée doit être examinée au cas par cas. L'examen médical sur lequel se base le certificat doit en tout état de cause respecter les règles de l'art et tenir compte des connaissances scientifiques disponibles. Les normes déontologiques de la FMH sont explicites à cet égard. Elles imposent au médecin de rédiger les certificats au plus près de sa conscience professionnelle et avec toute la diligence requise (cf. art. 34 al. 1 du Code de déontologie de la FMH). Rentrent dans le cadre de la négligence l'établissement d'une attestation erronée établie sur la base d'un examen superficiel et un certificat médical pour lequel le médecin ne dispose pas des compétences nécessaires (Salmina/Postizzi, op. cit., n. 7 ad art. 318 et les réf. citées). Des erreurs de faible importance ne suffisent toutefois pas pour fonder une responsabilité pénale par

négligence. Dans les cas où les données scientifiques objectivables sont limitées ou dans lesquels les déclarations du patient sont importantes, notamment dans le domaine de la psychiatrie, il n'est pas toujours aisé d'établir s'il y a eu négligence ; encore plus lorsque les possibilités de vérification du médecin sont objectivement réduites (Salmina/Postizzi, op. cit., n. 8 ad art. 318 et les réf. citées).

3.2 En l'espèce, F._____ a rédigé quatre certificats/rapports médicaux datés des 4 juillet 2017, 4 janvier 2018, 14 mars 2018 et de janvier 2019. Il en ressort en substance qu'elle a reçu B.W._____ à sa consultation depuis le 2 mai 2017 à une fréquence hebdomadaire. Ces documents mentionnent que F._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif (F. 32.1) associé à un trouble anxieux (F. 41.9) et décrivent, pour certains de manière détaillée, l'évolution de la symptomatologie présentée par la patiente ainsi que les traitements prodigués et prescrits. Il résulte de ces différents certificats qu'B.W._____ a présenté une incapacité de travail de 100 % depuis le 2 mai 2017 et que cette incapacité de travail totale était toujours présente lors de la rédaction du dernier rapport en janvier 2019. Les documents rédigés en janvier 2018, mars 2018 et janvier 2019 mentionnent que la patiente exerce parfois une activité artistique de peintures et de photographies. Cette activité est toutefois considérée comme une activité de soutien thérapeutique comparable à de l'ergothérapie ou de l'art thérapie. Le rapport de janvier 2019 précise en outre que cette activité ne permet pas de conclure à l'existence d'une capacité de travail « *au sens de l'économie* ».

En préambule, on précisera tout d'abord que le fait que certains certificats mentionnent l'existence d'une incapacité de travail sans préciser la date de début et de fin probable de cette incapacité ne suffit naturellement pas pour retenir l'existence d'un certificat contraire à la vérité. Par ailleurs, et contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait reprocher à la prévenue d'avoir fourni peu de données objectivables ni d'avoir décrit les symptômes de sa patiente sans préciser qu'elle prenait appui sur les déclarations de cette dernière. Il est en effet notoire que dans le domaine de la psychiatrie, les médecins ne disposent

que de peu de données objectives et que les déclarations subjectives du patient constituent la base essentielle de leur travail. Par ailleurs et même si cela n'est pas toujours précisé, tout lecteur attentif des rapports incriminés comprend que la prévenue a décrit la symptomatologie d'B.W._____ en prenant essentiellement appui sur les déclarations de cette dernière et son analyse de leur crédibilité.

Cela étant, on ne peut pas perdre de vue que la prévenue a été consultée par B.W._____ le 2 mai 2017, soit juste après que la Présidente du Tribunal d'arrondissement de l'Est vaudois avait, par ordonnance du 12 avril 2017, dénié toute force probante aux certificats médicaux précédemment établis par son médecin traitant, considéré qu'elle était apte à exercer une activité professionnelle et lui avait imputé un revenu hypothétique de 4'800 fr. par mois (P. 6/11, p. 20). Il semble dès lors qu'B.W._____, qui n'avait auparavant pas éprouvé le besoin de consulter un psychiatre, ne se soit initialement adressée à la prévenue que dans le but d'étayer l'existence d'une incapacité de travail et rétablir une situation procédurale plus conforme à ses intérêts. Il apparaît par ailleurs que certaines démarches de F._____ pourraient avoir été dictées par des impératifs liés à la procédure de séparation qui opposait sa patiente au recourant : on constate en effet qu'alors même que F._____ atteste d'une incapacité de travail totale et durable de sa patiente depuis le 2 mai 2017, elle n'a initié une procédure de détection précoce auprès de l'Office d'assurance invalidité (ci-après : OAI) que le 16 mai 2018, soit quelques jours après que la Présidente du Tribunal d'arrondissement de l'Est vaudois lui avait ordonné de produire la preuve que cette procédure avait bien été engagée (cf. P. 8/2, p. 8 ; P. 6/17 ; P. 6/19). À cela s'ajoute que dans un rapport du 24 mai 2019 (P. 6/20/2), le Dr J._____, psychiatre psychothérapeute FMH, a considéré, après avoir examiné les certificats médicaux rédigés par la prévenue le 14 mars 2018 et en janvier 2019, que le traitement antidépresseur prescrit à B.W._____ n'était pas adapté en cas de dépression sévère, que son activité artistique n'était pas équivalente à des procédures thérapeutiques telles que l'ergothérapie ou l'art thérapie et que le motif invoqué pour justifier le renoncement à saisir plus rapidement l'OAI - à savoir la gravité de l'état clinique de la patiente

- était discutable. Considérant ensuite le traitement médicamenteux effectivement prescrit, l'absence de mesures ergothérapeutiques et d'intervention plus rapide auprès de l'OAI, ce praticien a laissé entendre que l'état dépressif d'B.W._____ pouvait ne pas avoir été aussi grave que celui décrit par F._____. Enfin, il est vrai que les certificats médicaux litigieux n'ont pas été jugés crédibles par le juge civil, à tout le moins sur la question de la capacité travail d'B.W._____. Il ressort en particulier de l'ordonnance rendue par la Présidente du Tribunal d'arrondissement de l'Est vaudois le 24 avril 2020 (P. 8/2) - non contredite sur ce point par l'arrêt rendu par la Cour d'appel civile le 18 septembre 2020 (P. 34/2) - que la prétendue incapacité travail de l'intéressée n'était pas confirmée par les faits constatables, qu'B.W._____ n'avait en particulier pas cessé de se consacrer à son activité artistique, que les extraits de son site Internet présentaient un profil tout à fait différent de celui d'une personne dépressive et isolée socialement, qu'à l'audience du 5 avril 2017, la requérante avait déclaré qu'elle ne prenait pas les antidépresseurs prescrits par son médecin car elle n'avait pas envie d'entrer dans un cercle vicieux, qu'à l'audience du 30 octobre 2019, elle avait également déclaré qu'elle ne touchait plus aux antidépresseurs depuis le premier trimestre 2018 car elle ne les supportait plus, se contentant de calmants et de somnifères, que ses déclarations ne correspondaient pas à l'évaluation de la situation faite par F._____ et qu'en définitive, il fallait donc considérer qu'B.W._____ disposait d'une pleine et entière capacité de travail.

Si les différents éléments évoqués ci-dessus ne suffisent pas encore pour soutenir de manière suffisamment solide une mise en accusation de F._____ pour faux dans les certificats, ils suffisent en revanche amplement pour éveiller des doutes quant à la véracité du contenu des certificats médicaux litigieux et cela tant en ce qui concerne le diagnostic posé que la capacité de travail effective de sa patiente. On ne saurait en outre écarter ces doutes en prenant appui sur le seul dossier médical tenu par la prévenue et son audition, comme l'a fait le Ministère public. Ces doutes ne pourront être levés, ou, au contraire être confirmés, qu'au moyen d'une expertise dont le but sera de déterminer si les

appréciations formulées par F._____ dans ses certificats médicaux sont scientifiquement soutenables ou non.

4.

4.1 Il s'ensuit que le recours de A.W._____ doit être admis, l'ordonnance contestée annulée et le dossier de la cause renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède dans le sens des considérants.

4.2 Vu l'issue du recours, les frais de procédure, constitués du seul émolument d'arrêt, par 2'310 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; BLV 312.03.1]), seront mis à la charge de l'Etat (art. 428 al. 4 CPP).

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** L'ordonnance du 2 novembre 2021 est annulée.
- III.** Le dossier de la cause est renvoyé au Ministère public central, division affaires spéciales, pour qu'il procède dans le sens des considérants.
- IV.** Les frais d'arrêt, par 2'310 fr. (deux mille trois cent dix francs), sont mis à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- M. A.W._____,

- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales,
- Service pénitentiaire (Bureau des séquestres),

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 :