

GE_GERICHTE AARP/515/2016 vom 19. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_AARP_515_2016

FR: GE_GERICHTE AARP/515/2016 du 19 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE AARP/515/2016 del 19 dicembre 2016

Erwägungen

E. 7

septembre 2009, il avait entamé une grève de la faim et continué à adopter une attitude d'opposition. Réadmis à l'UCP le 9 septembre suivant, un traitement antipsychotique lui avait été administré avec un bon effet. Le patient avait arrêté son jeûne et accepté de collaborer avec le personnel médical. Depuis lors, il se rendait régulièrement aux entretiens médico-infirmiers et investissait positivement la prise en charge thérapeutique. Il se montrait collaborant, calme et s'exprimait dans un discours clair et informatif.

e.b. Par jugement du 18 juin 2010, le TAPEM a ordonné la poursuite du traitement institutionnel en milieu fermé.

Cette mesure a été reconduite par un jugement du 22 octobre 2010, qui a préconisé l'administration de neuroleptiques par la contrainte, si nécessaire. f.a. En mai 2011, A_____ a saisi le TAPEM d'une demande de levée de la mesure institutionnelle en milieu fermé, tout en soulignant que sa détention était illégale (PM/994/2011).

Le 5 septembre 2011, le Ministère public a saisi le TAPEM d'une requête tendant à la réintégration de A_____ dans la mesure d'internement (PM/4_____). Les deux procédures ont été jointes sous la PM/994/2011.

f.b. Invité à se déterminer sur l'évolution du détenu, le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) a observé, dans un rapport du 1er novembre 2011, que l'attitude de A_____, lors des visites en cellule, était toujours la même. Il évitait le contact visuel, restait mutique et ne répondait pas aux questions. Après une à deux minutes, il ordonnait aux soignants de sortir de la cellule sur un ton autoritaire. Il ne manifestait pas de comportement agressif envers les gardiens, ni envers les soignants. Sur le plan somatique, le patient avait été hospitalisé le 1er novembre 2010 pour une baisse de son état général, car il refusait les plateaux repas depuis le mois d'octobre. Les carences vitaminiques et les troubles électrolytiques évoqués dans le précédent

- 7/23 - PM/994/2011 certificat avaient notamment des répercussions sur le rythme cardiaque (risque d'hypokaliémie). L'administration de neuroleptiques aggravait la situation. A_____ avait recommencé à s'alimenter depuis que ses repas étaient emballés hermétiquement.

f.c. Entendus par le TAPEM le 10 janvier 2012, les docteurs D_____ et F_____ ont fait les déclarations suivantes :

Pour le docteur D_____, médecin adjoint responsable de l'unité de psychiatrie, l'administration par la contrainte de neuroleptiques, qui représentaient le traitement le plus adéquat, n'était pas envisageable pour deux raisons. D'une part, des considérations d'ordre éthique faisaient obstacle à un traitement par la force prodigué à un patient qui était calme et

ne présentait pas de dangerosité imminente. D'autre part, les neuroleptiques pouvaient provoquer des troubles du rythme cardiaque et, cas échéant, engendrer la mort du patient. Un tel traitement devait avoir lieu dans un hôpital, afin que les paramètres biologiques puissent être régulièrement contrôlés. Si Curabilis devait voir le jour, il ne s'agirait pas d'un établissement offrant les garanties médicales nécessaires. Sur le plan physique, la situation s'était dégradée depuis 2009. Il y avait eu notamment un important amaigrissement et une baisse de protéines. Cette dégradation physique avait engendré une baisse du potassium qui rendait l'administration de neuroleptiques potentiellement dangereuse. Le témoin était plutôt partisan d'un traitement en milieu hospitalier ouvert. L'état du patient tant physique que psychique diminuait sa dangerosité. Par la suite, tout dépendait de son évolution. Pour avoir une estimation plus précise de l'efficacité des neuroleptiques, le traitement devait s'inscrire dans la durée avec un changement du lieu de vie. Pour le témoin, si l'état de santé physique du patient devait s'améliorer, celui-ci pouvait retrouver l'état dans lequel il était à l'époque où il proférait des injures, des menaces et des crachats. Vu l'état actuel du patient, s'agissant de sa dangerosité, et sans se placer dans une perspective sur le long terme, Belle-Idée pouvait être un établissement adéquat sous l'angle des soins thérapeutiques.

Pour le docteur F_____, responsable de l'unité de médecine pénitentiaire, l'administration prolongée de neuroleptiques à des patients souffrant de fragilité du rythme cardiaque pouvait engendrer leur décès. Il était difficile de suivre l'évolution des problèmes cardiaques de A_____, vu son refus de toute prise de sang et de se soumettre à un électrocardiogramme. Il acceptait ces examens exclusivement à l'hôpital. Selon les derniers contrôles effectués en 2011, le rythme cardiaque était bon et le potassium était remonté à un niveau normal. Le docteur F_____ a confirmé

- 8/23 - PM/994/2011 que l'injection de neuroleptiques n'était possible qu'en milieu hospitalier, afin de contrôler le taux de potassium et le rythme cardiaque. Le témoin, qui n'avait pas eu accès aux expertises psychiatriques de son patient, pensait qu'il convenait de trouver un établissement offrant un cadre plus souple. Il ne connaissait pas, dans le cadre du concordat romand, d'établissements offrant à la fois les soins nécessaires et une sécurité suffisante. Si A_____ restait à la prison de Champ-Dollon, son pronostic vital était engagé. Les médecins étaient très inquiets au sujet de sa situation médicale. Il était effectivement arrivé à A_____ de cracher en direction du personnel soignant et de faire des gestes menaçants. C'était toujours lorsque les thérapeutes essayaient de le forcer à faire quelque chose. Vu sa force physique, il pouvait être dangereux, mais son état général se détériorait progressivement. Belle-Idée était certainement une amélioration par rapport à Champ-Dollon mais il lui était impossible de se déterminer quant à un risque de fuite.

f.d. Dans le cadre de la procédure d'appel, faisant suite au jugement du TAPEM du

E. 10

janvier 2012 ordonnant la réintégration de A_____ dans la mesure de l'internement (cf. supra A.a), la CPAR a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique.

Le diagnostic de trouble délirant persistant (F22), qualifié de sévère, a été confirmé par les docteurs G_____ et H_____, auteurs du rapport d'expertise du 29 novembre 2012, complété le 1er mars 2013.

Les experts ont admis que A_____ pouvait être susceptible de commettre des actes de violence vis-à-vis d'autrui de manière imprévisible, en fonction de l'intensité de son vécu persécutoire pathologique et des situations dans lesquelles il pouvait se retrouver.

L'intensité du risque était très difficile à évaluer. En l'absence de tout traitement, le risque "serait selon toute vraisemblance élevé. Dans le cadre d'un environnement favorable au long cours, ce risque est vraisemblablement amoindri."

Ils ont aussi rappelé que l'administration de médicaments par la contrainte ne pouvait intervenir qu'en cas d'incapacité de discernement du patient en raison de son trouble mental et d'un risque vital imminent auto ou hétéro-agressif en lien avec ce trouble, ces deux aspects étant cumulatifs. Une fois ce risque passé, les conditions n'étaient plus remplies. De plus, des considérations d'ordre éthique, liées notamment aux nombreux effets secondaires des médicaments neuroleptiques, et l'état de santé physique de l'expertisé, qui s'était détérioré à l'occasion des jeûnes répétés, faisaient aussi obstacle à l'administration d'un traitement pharmacologique par la contrainte.

- 9/23 - PM/994/2011

Selon les experts, abstraction faite de la dimension sécuritaire, un établissement de soins ou de mesures était le plus adapté d'un point de vue thérapeutique, un traitement en milieu carcéral étant voué à l'échec.

f.e. Suite aux conclusions des experts, la CPAR a ordonné que A_____ soit soumis à un traitement en milieu hospitalier (cf. supra A.b).

g. A_____ a été transféré à la Clinique de Belle-Idée le 21 novembre 2013, après l'entrée en force de l'arrêt de la CPAR du _____ mai 2013 en ce qui concerne le changement de mesure. C. a.a. Par ordonnance du 19 novembre 2013, faisant suite au renvoi de la cause par le Tribunal fédéral, la direction de la procédure de la juridiction d'appel a invité les parties à se prononcer sur les mesures d'instruction préconisées afin d'établir les conditions dans lesquelles A_____ avait été détenu.

a.b. Pour le conseil de A_____, il y avait lieu de demander à la direction de la prison de Champ-Dollon comment celle-ci expliquait le fait qu'au début de sa détention, A_____ entretenait de très mauvaises relations avec le personnel carcéral et faisait preuve d'une certaine violence à l'encontre des gardiens. Les services médicaux devaient en revanche exposer dans quelle mesure le fait que A_____ avait été détenu à la prison de Champ-Dollon avait constitué un obstacle à la mise en place d'un encadrement socio-médical répondant à ses besoins et constitué un facteur ayant conduit à une aggravation de son état de santé. Le cas échéant, les raisons d'une telle aggravation devaient être explicitées.

a.c. Selon le Ministère public, la CPAR devait d'abord se demander si elle était l'autorité compétente pour examiner dans quelles conditions A_____ avait exécuté les mesures auxquelles il avait été soumis, ce d'autant qu'en statuant à ce sujet, elle privait l'appelant du double degré de juridiction. La juridiction d'appel n'était en aucun cas compétente pour trancher la question d'une éventuelle indemnisation, qui relevait du contentieux de la responsabilité de l'Etat.

Sur le fond, le Ministère public s'opposait à ce que les services médicaux de la prison se prononcent sur les raisons de l'évolution de l'état de santé de A_____, une telle appréciation n'étant pas de leur ressort mais de celui de l'expert.

- 10/23 - PM/994/2011

b. Par ordonnance du 22 juillet 2014, la direction de la procédure a estimé que la CPAR était compétente pour se prononcer sur les conditions de détention de A_____, le Tribunal fédéral lui ayant renvoyé la cause pour nouvelle instruction et décision. La question de savoir si elle était aussi compétente pour se prononcer sur une éventuelle indemnisation pouvait être laissée ouverte en l'état.

La direction de la prison de Champ-Dollon et les services médicaux de la prison ont été invités à fournir un certain nombre d'éléments en lien avec les conditions de détention de A_____ entre le 12 mars 2007 et le 20 novembre 2013, date de son transfert à la clinique de Belle-Idée.

c.a. Dans un rapport du 29 août 2014, la prison de Champ-Dollon a exposé que A_____ avait toujours bénéficié d'une cellule individuelle qu'il avait occupé seul. Il avait été placé en sécurité renforcée du 1er décembre 2007 au 1er mars 2008, en raison de violences à l'égard du personnel. A_____ avait refusé d'entrer en relation avec les collaborateurs de la prison et d'échanger avec le personnel gradé.

La prison de Champ-Dollon n'avait pas une unité spécifiquement dédiée à l'exécution des mesures, même si elle avait hébergé l'unité de sociothérapie jusqu'en janvier 2014. Elle avait toutefois disposé, jusqu'en mars 2014, soit jusqu'à l'ouverture de Curabilis, d'un quartier carcéral psychiatrique qui était situé sur le site de Belle-Idée et qui dispensait des traitements et soins psychiatriques aux détenus.

La direction de la prison a joint à son rapport un courrier qu'elle avait adressé au TAPEM le 2 septembre 2008 et qui reflétait, selon elle, la situation de A_____ tout au long de sa détention. Le détenu s'était montré violent verbalement et physiquement envers le personnel de la prison (insultes, crachats et objets lancés). Il avait blessé un gardien à la tête qui avait dû subir une intervention chirurgicale. A_____ refusait tout dialogue et négligeait tant son hygiène corporelle que l'entretien de sa cellule. La prison prenait toutefois des mesures pour qu'il vive dans un environnement salubre.

A_____ n'avait aucun contact avec les autres détenus, ne participait pas à la promenade et prenait ses repas seul dans sa cellule. Il n'y sortait que pour prendre son plateau repas ou sa douche. Il refusait souvent les colis que son frère lui envoyait. La plupart du temps, A_____ ne se rendait pas au parloir lorsqu'il y avait des visites, notamment de sa famille ou de son avocat.

- 11/23 - PM/994/2011

c.b. Le SMPP a déposé son rapport le 16 septembre 2014. Le patient avait souffert tout au long de sa détention d'un trouble délirant persistant et d'une cataracte bilatérale prédominant à droite. Il avait aussi présenté un problème digestif bénin, qui s'était résolu en 2013, et des troubles du comportement alimentaire, avec refus de s'alimenter, qui avaient provoqué d'autres troubles d'origine carencielle. Il avait systématiquement refusé de se rendre à la consultation médicale et avait bénéficié de quelques entretiens avec le personnel soignant dans sa cellule. Il s'était montré menaçant envers les soignants de la prison, acceptant, bien que rarement, de discuter avec des soignants "non gradés", plutôt que des médecins. Il avait parfois accepté les soins prodigués par les dentistes et des consultations ophtalmologiques. Tous les bilans sanguins proposés à la prison étaient refusés. A_____ avait été hospitalisé à huit reprises à l'Unité cellulaire hospitalière des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et avait, dans ce cadre, accepté occasionnellement la réalisation de bilans sanguins. En

2010, il avait été d'accord de se soumettre à une gastroscopie dans un contexte de douleurs abdominales chroniques.

Sur le plan psychiatrique, il avait bénéficié d'un suivi ambulatoire mais n'avait jamais collaboré avec les thérapeutes. Ses évaluations périodiques s'effectuaient en cellule, pendant lesquelles le patient évitait le contact visuel avec les soignants. Il avait été hospitalisé à huit reprises en milieu psychiatrique, la plupart des fois sous contrainte, en raison principalement d'un risque d'auto-agression, issu de son attitude oppositionnelle (refus de soins ou de s'alimenter). Durant ces hospitalisations, il avait reçu des traitements antipsychotiques également sous contrainte par voie intramusculaire. Une médication à plus long terme n'avait jamais pu s'instaurer, en raison de l'opposition permanente du patient à accepter un traitement psychotrope par voie orale à la prison.

d. Le rapport du Service de psychiatrie générale de l'unité des Lilas de Belle-Idée du

E. 15

janvier 2015, relatif au séjour de A_____ dans cet établissement depuis le 21 novembre 2013, a été versé à la procédure.

L'appelant n'acceptait ni les entretiens médico-infirmiers ni les soins paramédicaux. Il ne participait pas non plus aux groupes thérapeutiques de l'unité et restait mutique en présence des psychiatres. Cependant, il ne se montrait plus agressif envers le personnel soignant et devenait progressivement respectueux vis-à-vis des infirmiers, mais pas envers les médecins. Un lien de confiance se construisait avec son infirmier référent. Lorsqu'il devait recevoir son traitement dépôt, il demandait la présence de la sécurité pour marquer son opposition, sans toutefois faire obstacle à l'administration

- 12/23 - PM/994/2011 du médicament. Il arrivait à formuler des plaintes somatiques et à se rendre accompagné aux différentes consultations médicales.

A_____ souffrait d'anosognosie totale. Il était persuadé de ne pas être malade et de vivre une injustice. Il continuait à adresser des courriers dans lesquels il portait plainte contre les décisions de justice prises à son égard.

Depuis deux mois, A_____ quittait sa chambre et marchait régulièrement dans les couloirs. Il sortait sur le domaine de Belle-Idée accompagné par un soignant. Il se montrait curieux de l'environnement.

e. Le docteur F_____ a été entendu par la CPAR le 13 janvier 2016 à la demande du conseil de A_____.

Le cas de ce patient avait été très difficile. Cela était dû à son refus de consulter le corps médical et d'entretenir une relation de confiance avec le personnel soignant. Il n'acceptait des contacts qu'avec les personnes "non gradées", ainsi qu'avec certains infirmiers, mais de manière sporadique. Cette situation se présentait aussi lors de ses hospitalisations à l'unité cellulaire hospitalière et à l'unité cellulaire psychiatrique. A_____ ne communiquait pas avec les médecins même lorsqu'il souffrait de troubles sérieux. En règle générale, il refusait les soins. Le SMPP avait dû prodiguer des traitements neuroleptiques sous la contrainte lorsque l'urgence le demandait, et ce par voie intramusculaire. Dès que l'état d'urgence était passé et que le consentement du patient était à nouveau nécessaire, le traitement était arrêté compte tenu de l'opposition de l'intéressé. Durant son incarcération, le patient n'avait jamais accepté de traitement psychiatrique médicamenteux.

Le témoin a ajouté que le personnel du SMPP se rendait régulièrement au contact de A_____ dans sa cellule. Ce patient avait été plusieurs fois menaçant envers le personnel médical, environ à dix reprises au cours de toute son incarcération. Il était arrivé une fois au docteur F_____ de s'approcher de lui alors qu'il était alité. A_____ avait fait un geste brusque envers le médecin avec son bras, d'une grande force. Il s'agissait d'un geste violent. Le docteur F_____ se souvenait aussi d'un épisode, lors duquel A_____ avait été hospitalisé pour un trouble électrolytique, aux conséquences potentiellement mortelles et qu'il refusait le traitement adéquat, pourtant relativement simple. Le service médical avait employé tous ses efforts de négociation, pendant 24 heures, pour le convaincre d'accepter d'être soigné. A_____ avait fini par accepter. Il pouvait en effet parfois accepter des soins somatiques –

- 13/23 - PM/994/2011 notamment des soins dentaires – alors qu'il avait toujours été oppositionnel aux soins psychiatriques.

Pour le médecin, il était très difficile de répondre à la question de savoir quelle avait été l'évolution de l'état de santé de A_____ en prison, compte tenu de son comportement oppositionnel.

Le docteur F_____ a confirmé – il l'avait déjà indiqué par le passé – que le cadre de vie à la prison n'était pas adapté au trouble psychique de A_____. De manière générale, la prison pouvait mettre en danger la santé des détenus, en raison d'actes de violence, de la drogue. Elle pouvait favoriser la manifestation de troubles psychiques. Pour les personnes déjà gravement malades psychiquement, comme c'était le cas de l'appelant, la prison n'est pas un lieu adéquat. Dans un hôpital psychiatrique, il était possible d'offrir un cadre thérapeutique et occupationnel qui stimulait davantage les patients. Il était vrai que A_____ bénéficiait d'une cellule individuelle, mais il n'avait pas accès à certaines thérapies que l'on pouvait offrir en milieu psychiatrique.

Cela dit, il n'était pas pour autant certain qu'un séjour dans un hôpital psychiatrique aurait changé quelque chose dans le cas particulier de A_____. De manière générale, le milieu psychiatrique était plus adéquat pour ce type de malades, sans qu'il ne fût possible de dire, compte tenu de la personnalité de A_____ et de son trouble psychiatrique, si une hospitalisation à Belle-Idée aurait pu modifier les choses et le pronostic.

Le médecin a précisé que les soins offerts aux détenus ne dépendaient pas du type de mesure qu'ils exécutaient (internement ou traitement institutionnel en milieu fermé) mais de la pathologie dont ils souffraient.

Un établissement comme Curabilis, qui n'existait pas à l'époque, aurait été l'établissement adapté à ce cas particulier.

f. Aux termes de ses écritures du 29 février 2016, A_____ conclut à ce qu'il soit constaté que l'exécution de l'internement, respectivement de la mesure thérapeutique institutionnelle à la prison de Champ-Dollon, s'était faite en violation du règlement sur le régime intérieur de la prison et le statut des personnes incarcérées du 30 septembre 1985 (RRIP – RS/GE F 1 50.04) ainsi que des art. 3 et 5 CEDH et avait porté une atteinte illicite grave à sa personnalité. Il requiert l'octroi d'une indemnité

- 14/23 - PM/994/2011 de CHF 400.- par jour de détention subie dans ces conditions, soit un total de CHF 978'400.-.

Pour l'appelant, les expertises réalisées par les juridictions saisies étaient insuffisantes pour justifier une mesure d'internement. Il y avait ainsi violation de l'art. 5 CEDH.

Il avait en outre subi un traitement contraire à l'art. 3 CEDH, dans la mesure où la détention avait aggravé son état de santé. Son placement à Champ-Dollon avait en outre contrevenu au RRIP, dès lors qu'il n'appartenait à aucune des catégories de détenus visées par ce texte.

g. Dans son mémoire de réponse du 8 avril 2016, le Ministère public souligne que seule la question de la conformité des conditions de la détention de A_____ au regard de la CEDH et du droit cantonal, et d'une éventuelle indemnisation, demeurait ouverte, suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

En effet, le Tribunal fédéral avait confirmé que la mesure institutionnelle en milieu fermé, décidée par le TAPEM le _____ avril 2009, pouvait être exécutée dans un établissement pénitentiaire, l'appelant ayant admis lui-même qu'il était suivi par du personnel qualifié. A_____ n'avait du reste pas recouru contre ce jugement, raison pour laquelle il ne pouvait plus remettre en cause le prononcé de la mesure institutionnelle ni, a fortiori, la mesure d'internement.

Sur le fond, l'exécution de ces mesures en milieu carcéral n'avait pas constitué une violation de l'art. 5 par. 1 let. e CEDH, A_____ ayant bénéficié des soins nécessaires. Il n'était pas non plus établi que l'incarcération avait été l'origine de la dégradation de son état de santé, compte tenu des nombreux paramètres qui devaient être pris en compte, dont le comportement oppositionnel de l'appelant. Les conditions de détention de l'appelant n'avaient pas été inhumaines ou dégradantes au point de constituer une violation de l'art. 3 CEDH.

h. Aux termes de sa réplique du 18 avril 2016, A_____ relève que sa situation n'était en aucun cas comparable à celle examinée par la CourEDH dans la jurisprudence citée par le Ministère public (arrêt Papillo contre Suisse). En effet, dans son cas, les autorités genevoises ne s'étaient pas préoccupées de lui trouver un lieu adéquat et son état de santé n'avait eu de cesse de se dégrader, ce qui avait été constaté par tous les intervenants.

- 15/23 - PM/994/2011

i. A réception de cette écriture, la cause a été retenue à juger. EN DROIT : 1. 1.1. Un arrêt de renvoi du Tribunal fédéral lie l'autorité cantonale à laquelle la cause est renvoyée, laquelle voit sa cognition limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà jugé définitivement par le Tribunal fédéral. Il n'est pas possible de remettre en cause ce qui a été admis (même implicitement) par ce dernier. L'examen juridique se limite donc aux questions laissées ouvertes par l'arrêt de renvoi, ainsi qu'aux conséquences qui en découlent ou aux problèmes qui leur sont liés (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 133 III 201 consid. 4.2 ; 131 III 91 consid. 5.2 et les arrêts cités ; arrêts non publiés du Tribunal fédéral 6B_643/2009 consid. 2.1 ; 4A_158/2009, consid. 3.3 et les références citées).

1.2. En l'espèce, le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier à la CPAR pour qu'elle instruisse et statue sur les allégations de violations des art. 3 et 5 CEDH ainsi que du RRIP.

Le Tribunal fédéral a en substance reproché à la juridiction d'appel de ne pas avoir examiné ces griefs. Partant, la CPAR s'estime compétente pour instruire et se prononcer à cet égard.

L'examen de la conformité aux droits fondamentaux des conditions de détention d'un détenu en exécution d'une mesure par l'autorité – de première instance ou d'appel – chargée du contrôle périodique de la mesure, n'apparaît pas inapproprié et ne porte pas atteinte aux droits des parties. D'ailleurs, le juge pénal a été appelé à plusieurs reprises à examiner les conditions de détention des prévenus en même temps qu'il se penchait sur la culpabilité et la peine, alors même que la problématique d'une éventuelle inadéquation des infrastructures carcérales du canton est davantage du ressort des autorités administratives, même pour les personnes en détention préventive.

Il n'y a au demeurant pas lieu de déterminer si la CPAR serait également compétente pour statuer sur l'octroi d'une éventuelle indemnité, vu l'issue de la procédure (cf. toutefois arrêt du Tribunal fédéral 6B_445/2013 du 14 janvier 2014 consid. 4.4.3).

- 16/23 - PM/994/2011 2. 2.1.1. En vertu de l'art. 5 par. 1 CEDH, toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf selon les voies légales et s'il s'agit, notamment, de la détention régulière d'un aliéné (art. 5 par. 1 let. e CEDH).

Dans une jurisprudence confirmée encore récemment (arrêt de la CourEDH Papillo contre Suisse du 27 janvier 2015 § 41 ss et les arrêts cités), la Cour européenne des droits de l'homme considère que pour respecter l'article 5 par. 1 CEDH la détention doit avoir lieu "selon les voies légales" et "être régulière". En la matière, la CEDH renvoie pour l'essentiel à la législation nationale et consacre l'obligation d'en respecter les normes de fond comme de procédure. Elle exige de surcroît la conformité de toute privation de liberté au but de l'article 5 CEDH : protéger l'individu contre l'arbitraire. Il doit exister un lien entre le motif censé justifier la privation de liberté et le lieu et les conditions de la détention. En principe, la "détention" d'une personne souffrant de troubles mentaux ne peut être considérée comme "régulière" aux fins de l'article 5 par. 1 let. e CEDH que si elle s'effectue dans un hôpital, dans une clinique ou dans un autre établissement approprié, à ce habilité.

Le seul fait qu'un détenu ne soit pas intégré dans un établissement approprié n'a pas pour effet automatique de rendre sa détention irrégulière au regard de l'article 5 par. 1 CEDH. Un équilibre raisonnable doit être ménagé entre les intérêts opposés en cause, étant entendu qu'un poids particulier doit être accordé au droit à la liberté. Dans cet esprit, la CourEDH prend en compte les efforts déployés par les autorités internes en vue de trouver un établissement adapté pour évaluer la régularité du maintien dans l'intervalle en détention (arrêt de la CourEDH Papillo précité, § 43 ; et arrêt De Schepper contre Belgique du 13 octobre 2009 § 48).

2.1.2. La détention d'une personne malade peut poser problème sur le terrain de l'art. 3 CEDH, qui interdit les traitements inhumains ou dégradants. Le manque de soins médicaux appropriés peut constituer un traitement contraire à l'article 3 CEDH.

En particulier, pour apprécier la compatibilité ou non des conditions de détention en question avec les exigences de l'article 3 CEDH, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne. Pour statuer sur l'aptitude ou non d'une personne à la détention au vu de son état, trois éléments particuliers doivent être pris en considération : a) son état de santé, b) le caractère adéquat ou non des soins et

- 17/23 - PM/994/2011 traitements médicaux dispensés en détention, et c) l'opportunité de son maintien en détention compte tenu de son état de santé (arrêt CourEDH Sławomir Musia contre Pologne du 20 janvier 2009, § 8788).

Pour tomber sous le coup de l'article 3 CEDH, un traitement doit atteindre un minimum de gravité. L'appréciation de ce minimum dépend de l'ensemble des données de la cause et notamment de la nature et du contexte du traitement ainsi que de sa durée, de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la personne concernée.

2.2.1. En l'espèce, la question ici à trancher n'est pas de savoir si l'internement respectivement le traitement institutionnel en milieu fermé ont été prononcés conformément au cadre légal, comme semble le mettre en doute l'appelant dans son écriture du 29 février 2016, lorsqu'il reproche aux juridictions qui ont été saisies de son dossier d'avoir ordonné ces mesures alors que les conditions pour ce faire n'étaient pas réalisées.

Ces questions auraient dû faire l'objet d'un recours contre l'ordonnance de la Chambre d'accusation du 30 janvier 2007, respectivement le jugement du TAPEM du _____ avril 2009, décisions que l'appelant n'a pas entreprises, ce que la CPAR a constaté dans son arrêt du _____ 2012 (AARP/5 _____), confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 6B_6 _____ du _____ 2013).

Il sied en revanche de déterminer si l'exécution des mesures ordonnées, compte tenu des conditions concrètes dans lesquelles elles ont eu lieu, notamment s'agissant du lieu de détention, ont respecté l'art. 5 par. 1 let. e CEDH, étant rappelé que l'appelant a d'abord exécuté une mesure d'internement (art. 64 CP) du 12 mars 2007 au 23 avril 2009, puis une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé (art. 59 al. 3 CP) du _____ avril 2009 au 20 novembre 2013, au sein de la prison de Champ- Dollon.

2.2.2. A teneur de l'art. 64 al. 4 CP, l'internement est exécuté dans un établissement d'exécution des mesures ou dans un établissement prévu à l'art. 76 al. 2 CP. La sécurité publique doit être garantie. L'auteur est soumis, si besoin est, à une prise en charge psychiatrique.

Un traitement institutionnel des troubles mentaux peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire, au sens de l'art. 76 al. 2 CP, dans la mesure où le

- 18/23 - PM/994/2011 traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié (art. 59 al. 3 CP).

L'art. 76 al. 2 CP prévoit que le détenu est placé dans un établissement fermé ou dans la section fermée d'un établissement ouvert s'il y a lieu de craindre qu'il ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions. Il s'ensuit que le droit fédéral n'exclut pas qu'un établissement pénitentiaire soit habilité à accueillir des détenus qui exécutent une mesure d'internement ou institutionnelle au sens de l'art. 59 al. 3 CP.

Si l'art. 1 al. 1 RRIP dispose que la prison de Champ-Dollon est principalement un établissement réservé aux personnes placées en détention préventive, il n'en demeure pas moins qu'elle peut accueillir d'autres catégories de détenus (art. 1 al. 3 RRIP).

La prison de Champ-Dollon disposait par ailleurs, jusqu'en mars 2014, d'un quartier carcéral psychiatrique (QCP), soit une section soumise à un régime spécifique (Règlement du quartier carcéral psychiatrique ; RQCP ; RS/GE F 1 50.16 abrogé avec effet au 25 mars

2014), directement rattachée au Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG. Le QCP avait pour mission de dispenser des traitements et des soins psychiatriques hospitaliers en milieu pénitentiaire à des malades qui étaient détenus ou internés, cette disposition faisant ainsi expressément référence à l'exécution de mesures en milieu carcéral (art. 2 RQCP).

Il s'ensuit que la prison de Champ-Dollon répondait à la définition d'établissement pénitentiaire, au sens de l'art. 76 al. 2 CP, qui, de par le droit fédéral et cantonal, était habilité à accueillir des personnes en exécution de mesures, souffrant de troubles mentaux (cf. RQCP).

Le lieu de détention de l'appelant doit ainsi, au regard du droit fédéral et cantonal, être considéré comme "habilité" au sens de la jurisprudence européenne précitée.

2.2.3. Quant au caractère "approprié" du lieu de détention, on ne saurait retenir une violation de l'art. 5 CEDH du seul fait que les mesures ont été exécutées en milieu carcéral.

Il n'est certes pas idéal de détenir une personne qui présente les troubles de l'appelant dans un environnement pénitentiaire. Toutefois, à teneur des décisions judiciaires et des expertises, un cadre strict s'imposait à l'époque, l'appelant ayant été soumis à un internement puis à un traitement institutionnel en milieu fermé car le risque de

- 19/23 - PM/994/2011 commettre des infractions sous forme de comportements violents à l'égard d'autrui était jugé élevé (cf. expertises B _____ et E _____).

De plus, concrètement, l'appelant a toujours eu accès aux services médicaux de la prison et a bénéficié, tout au long de sa détention, de soins psychiatriques et somatiques réguliers dispensés par du personnel qualifié. Les médicaments nécessaires, notamment antipsychotiques, ont été administrés autant que possible, dans le respect des règles de déontologie médicale (s'agissant de l'administration de traitements sous la contrainte) et de l'état de santé somatique du patient.

L'appelant a aussi été hospitalisé à de nombreuses reprises, en fonction des besoins, tantôt pour la prise en charge de maladies somatiques que pour recevoir des traitements psychiatriques. Il a notamment été accueilli plusieurs fois au QCP, soit l'unité carcérale psychiatrique évoquée par la docteure E _____ dans son expertise du 24 février 2009, parfois pendant des périodes relativement longues. Il a aussi toujours bénéficié d'une cellule individuelle, lui évitant ainsi la promiscuité avec les autres détenus.

Il s'ensuit que les autorités ont aménagé le régime carcéral de l'appelant afin de le rendre le plus compatible possible avec son état de santé, allant jusqu'à emballer hermétiquement les repas lorsqu'il refusait de s'alimenter. La direction de la prison et le personnel soignant ont toujours favorisé le maintien du contact avec le détenu, nonobstant son attitude hostile et parfois ouvertement agressive. Partant, rien n'indique que le cadre dans lequel s'est déroulée l'exécution de l'internement, respectivement du traitement institutionnel, n'était pas approprié ou que les autorités d'exécution des peines n'ont pas pris toutes les initiatives adéquates en vue d'assurer à l'appelant un traitement adapté à son état.

Le grief tiré d'une violation de l'art. 5 CEDH est par conséquent rejeté.

2.3. L'appelant soutient que son état de santé s'est détérioré du fait de sa détention.

A cet égard, il est avéré que l'état de santé physique et psychique de l'intéressé s'est dégradé, à tout le moins de manière transitoire, au cours de son incarcération.

Ces phases de péjoration ne sont toutefois pas imputables à des conditions de détention insatisfaisantes ou à une prise en charge inadéquate de l'appelant.

- 20/23 - PM/994/2011

Il ressort en effet du dossier que l'appelant a pour l'essentiel refusé les soins psychiatriques qui lui étaient proposés, en particulier les injections de neuroleptiques, dont l'administration sous la contrainte n'était envisageable qu'en cas de crises. Il a aussi manifesté tout au long de sa détention une attitude oppositionnelle, allant jusqu'à refuser de s'alimenter, ce qui avait généré une baisse de son état général et des carences, avec des répercussions sur le rythme cardiaque.

Les experts mis en œuvre par la CPAR en 2013 ont d'ailleurs observé que l'état de santé physique de l'expertisé s'était détérioré à l'occasion des jeûnes répétés, ce qui représentait un obstacle supplémentaire à l'administration d'un traitement pharmacologique par la contrainte.

Le docteur F _____ a aussi souligné que l'appelant, même s'il avait bénéficié d'un suivi ambulatoire, n'avait jamais collaboré avec ses thérapeutes. Il a aussi rappelé un épisode lors duquel le personnel soignant avait dû employer des efforts de négociation pendant 24 heures, pour le convaincre d'accepter d'être soigné, alors qu'il encourrait un risque potentiellement mortel en cas de refus. Ce médecin en a conclu qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'un séjour en hôpital psychiatrique aurait changé quelque chose.

Cette attitude oppositionnelle a d'ailleurs aussi été observée par les soignants de la clinique de Belle-Idée, au sein de laquelle l'appelant a été hospitalisé à partir du mois de novembre 2013. Ainsi, selon le rapport de cet établissement du mois de janvier 2015, l'appelant souffre d'anosognosie totale, est toujours persuadé d'être victime d'une injustice, ne collabore pas à la thérapie et reste mutique en présence des psychiatres. Il se montre en revanche plus respectueux vis-à-vis du personnel "non gradé", ce qui avait aussi été observé à la prison de Champ-Dollon.

Il n'est ainsi pas établi que les conditions dans lesquelles l'appelant a été détenu seraient à l'origine de l'aggravation de son état de santé.

Il n'est pas non plus possible d'affirmer, vu les soins et l'encadrement qui ont été prodigués tout au long de la détention, que les conditions de vie à la prison de Champ-Dollon auraient eu sur la santé mentale de l'appelant des effets assez graves pour constituer des traitements inhumains ou dégradants au sens de l'art. 3 CEDH. Tant la direction de l'établissement que le service médical ont déployé des efforts et aménagé le cadre carcéral pour offrir à l'appelant des conditions de détention humaines et adaptées à son état (cf. supra 2.2.2 et 2.2.3). Le transfert à Belle-Idée n'a

- 21/23 - PM/994/2011 d'ailleurs pas provoqué des changements significatifs, qui auraient pu mettre en évidence l'inadéquation crasse de la prison. L'amélioration observée au bout d'une année de séjour en clinique psychiatrique est la démonstration que le cadre hospitalier est plus adapté que celui de la prison, ce que personne ne conteste, sans pour autant que l'on puisse affirmer que l'incarcération était constitutive d'un traitement contraire à l'art. 3 CEDH.

Au vu de ce qui précède, la CPAR constate que l'exécution de l'internement, respectivement de la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, à la prison de Champ-Dollon n'est pas intervenue en violation du RRIP ou des art. 3 et 5 CEDH. Les conditions ouvrant

le droit à l'indemnisation ne sont par conséquent pas réunies, la détention n'ayant pas porté atteinte de manière illicite à la personnalité de l'appelant.

* * * *

- 22/23 - PM/994/2011

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.