

NE_GERICHTE ARMP.2013.52 vom 22. Mai 2013

NE Tribunal cantonal, 2013-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_ARMP.2013.52

FR: NE_GERICHTE ARMP.2013.52 du 22 mai 2013

IT: NE_GERICHTE ARMP.2013.52 del 22 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

Le jugement du 28 décembre 2012 est parvenu au mandataire de l'appelant le 4 janvier 2013. Celui-ci a déposé un appel devant le Cour pénale du Tribunal cantonal le 23 janvier 2013, sur lequel cette cour n'est pas entrée en matière, la compétence à en connaître relevant de l'Autorité de recours en matière pénale. Il s'agit tout d'abord d'examiner la recevabilité de l'acte du 23 janvier 2013 comme recours, éventuellement après une restitution de délai. a) Le jugement querellé indiquait, au bas de sa dernière page, qu'il était susceptible d'appel, dans un délai de 20 jours à compter de la notification. Le mandataire s'est fié à cette indication – erronée – des voies de recours. Selon la jurisprudence, il découle du principe constitutionnel de la bonne foi (art . 5 al. 3 Cst) que si l'autorité donne de fausses indications, elle peut être liée et devoir traiter le destinataire d'une façon dérogeant au droit. Cela vaut notamment en cas de fausse indication des voies de recours, pour autant toutefois que le destinataire ne reconnaisse pas l'erreur et ne puisse pas s'en apercevoir en faisant preuve de l'attention commandée par les circonstances. Seule la faute grave d'une partie ou de son représentant peut faire échec à la protection de sa bonne foi. Tel est le cas lorsque l'avocat de la partie pouvait d'emblée se rendre compte de l'inexactitude en consultant simplement la législation applicable; on ne saurait en revanche lui reprocher de ne pas avoir poussé ses recherches plus loin (arrêt du Tribunal fédéral du 16.10.2012 [4A_409/2012] cons. 1.1 et les références citées). Il convient dès lors d'apprécier la gravité de l'erreur commise par le mandataire de X. b) L'article 59 al. 1 CP prévoit qu'un traitement institutionnel est ordonné par le juge en présence d'un auteur souffrant d'un grave trouble mental, lorsque celui-ci a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble et qu'il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble. La compétence de prolonger la mesure lorsque la libération conditionnelle n'est pas ordonnée est également confiée au juge (art. 59 al.

E. 4

En l'espèce, le recourant reproche principalement au premier juge – dont la compétence se fonde sur l'article 30 al. 2 OJN – de s'en être tenu aux constatations et conclusions de l'expertise, qu'il juge "trop théoriques", alors que les éléments concrets qui fondent le maintien de la mesure sont anciens, pour partie non établis et ne tiennent pas suffisamment compte de son comportement "irréprochable" depuis lors. Celui-ci doit, conjugué avec son état physique amoindri, conduire à exclure sa dangerosité. On ne saurait à l'évidence suivre cette position. Le premier juge a procédé à un résumé minutieux des différents avis médicaux émis successivement au sujet de X. Celui-ci ne conteste pas le diagnostic désormais posé, soit celui de schizophrénie hébéphrénique, de nature chronique. Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 mai 2012, dans lequel les docteurs A. et B. ont confirmé le diagnostic précédemment émis, est fondé sur deux entretiens, à un mois d'intervalle

environ, avec X., ainsi que sur l'étude du dossier pénal. Ce rapport s'inscrit dans le prolongement des avis jusqu'ici émis et converge avec les observations et appréciations des précédents intervenants. Cette expertise contient les éléments indispensables à l'évaluation, tels qu'un résumé des faits, une anamnèse, l'observation clinique, une "impression diagnostic", une discussion et conclusion, suivis des réponses aux questions. Sa lecture ne laisse pas apparaître de contradictions irréductibles, ce que le recourant ne soutient du reste pas, et en ce sens, elle acquiert une pleine valeur probante. L'observation clinique – tout à fait concrète et non pas simplement théorique comme l'affirme le recourant – effectuée par les experts A. et B. de l'état actuel du recourant permet de décrire comment les troubles s'expriment, en particulier les hallucinations auditives, une anosognosie face à la maladie et le déni de sa situation, au point que le patient nie la prise de médicaments psychotropes et tout besoin d'assistance au sens de l'article 59 CP. Or il existe, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, une relation entre le déni des troubles et le risque de violence chez une personne atteinte de schizophrénie. Le déni de toute infraction ressort également du "plan d'exécution de la mesure" du 12 septembre 2012 dans lequel on apprend que X. "est persuadé d'être victime d'une erreur judiciaire". Même en suivant l'avis du recourant selon lequel la négation de tout délit fait partie intégrante de sa maladie et en quelque sorte l'excuserait, on ne saurait encore en tirer la conclusion qu'il souhaite en tirer. Le critère d'examen de la libération n'est en effet pas l'éventuelle faute de l'intéressé mais le risque qu'il puisse commettre des infractions graves et les chances que la mesure l'en prévienne, ce qui s'apprécie notamment en rapport de la maîtrise escomptée du comportement futur. Les experts considèrent à ce titre que la maladie "reste encore active" et observent des idées délirantes de persécution. X. affirme en effet être victime d'un complot, portant non seulement sur sa condamnation pour meurtre manqué mais également en relation avec son acquittement, en 1991, suite à des soupçons d'incendie volontaire (en particulier, l'avocate qui aurait réussi à le faire acquitter aurait été "violée et jetée dans le lac", alors que le juge président l'instance qui l'avait acquitté avait demandé à la police de mettre le feu aux maisons des jurés qui avaient siégé lors de cet acquittement). Les experts soulignent que l'évocation de ces faits intervient de manière virulente, tout en restant respectueuse envers l'expert. Ces observations concrètement décrites conduisent les experts à conclure, au terme de la "discussion et conclusion", que les idées délirantes de persécution, témoins de l'activité de la maladie, sont bien incrustées dans le vécu et le discours de l'expertisé. Le traitement neuroleptique n'a pas d'influence sur le contenu des idées délirantes mais sur leur intensité; on peut en déduire que le traitement médical a une vertu cadrante, en ce sens qu'il diminue les effets d'une maladie qui reste présente. Même si les experts jugent X. "plus ouvert" que lors de l'expertise de 2008, ils concluent de leur examen que "[l]e cadre offert par l'institution dans laquelle vit l'expertisé permet de palier aux déficits et de maintenir une hygiène adéquate ainsi qu'une activité dans l'atelier régulière". Selon les experts toujours, la schizophrénie chronique a été contrôlée grâce au traitement médicamenteux et au soutien du personnel soignant, avec une amélioration de l'état général. Dans la mesure où le recourant nie tant sa maladie que l'utilité d'une prise en charge psychiatrique, les faits-mêmes qui ont conduit à sa condamnation et finalement les menaces proférées à l'encontre du personnel soignant en 2008, il lui est impossible de diminuer son risque de passage à l'acte. Cette situation impose la résidence en institution médico-sociale avec une surveillance stricte de la prise médicamenteuse, étant précisé que le succès du traitement réside dans une amélioration de la qualité de vie de l'expertisé, ainsi que dans une diminution des risques de passage à l'acte grâce à la prise du traitement neuroleptique, qui améliore lentement mais

progressivement l'accessibilité de X. à l'équipe soignante. Les experts indiquent expressément qu'un placement civil ne serait pas suffisant et que le placement actuel est adapté à la situation de X. On relèvera que les soins fournis à celui-ci ne se résument pas à la surveillance de la médication mais englobent tout son cadre de vie (voir notamment le contact téléphonique quotidien entre l'atelier dans lequel il est occupé et le foyer et l'encadrement lors des promenades et sorties). Dans leur complément d'expertise du 28 août 2012, les Drs A. et B. ont en substance confirmé les conclusions de leur rapport principal. Ils ont quelque peu explicité les menaces proférées par X. à l'encontre du personnel soignant - relatées dans un rapport d'entretien rédigé par le Dr C. le 8 janvier 2009 (dossier EXP.2005.582) et dont on retrouve une illustration dans le dossier EXP.2005.582. Cet épisode – que l'on ne saurait réduire à une seule inadéquation envers les destinataires des propos ou à un caractère simplement grossier voire obscène – illustre la persistance importante d'hétéro-agressivité et ce, malgré l'état de santé psychique et physique amoindri. Certes, cet épisode remonte maintenant à plus de quatre ans et la réponse à la question 8 du complément d'expertise ne cite pas expressément les infractions qui sont redoutées de la part de X. Cela étant, la lecture parallèle du rapport principal et du rapport complémentaire ne laisse planer aucun doute sur l'avis médical émis, que le premier juge a fait sien avec raison. On ne saurait en effet reprocher à l'expertise "d'être théorique", on l'a vu, et la diminution physique de l'expertisé n'est pas aussi prononcée qu'elle exclue tout passage à l'acte. Cette diminution existait du reste déjà en 2007, lorsque la mesure a été instituée pour cinq ans, et la relative autonomie conférée désormais à X., notamment lorsqu'il peut se déplacer au sein du centre de Perreux ainsi qu'au village de [...]NE, démontre la vigueur physique qui lui reste (on relèvera que l'expert indique que X. se déplaçait bien et qu'il n'était en aucun cas comparable à un malade handicapé ou grabataire, exclusivement alité). Le fait que l'intéressé se comporte, selon son propre avis, de manière désormais irréprochable, ne conduit pas à nier sa dangerosité, sachant que ce résultat a été obtenu après de longs efforts thérapeutiques, dont les experts préconisent sans ambiguïté la continuation. L'état physique de X. ne constitue à lui seul pas une garantie contre toute possibilité d'agression physique de tiers, du même type que celle pour laquelle il a été condamné. Le mode opératoire d'une agression grave ne nécessite en effet pas toujours un effort physique important (on pense en particulier aux cas dans lesquels il est fait usage d'une arme à feu). On ne saurait d'ailleurs considérer que si sa condamnation pour meurtre manqué l'a été sur la base de faits déclenchés par une "contrariété", la présence continue sur une longue durée des contrariétés liées à la mesure, alors même que le recourant n'a pas récidivé dans l'intervalle, serait la preuve de son absence de dangerosité. L'absence de passage à l'acte n'est pas à mettre en relation avec une meilleure acceptation des contrariétés (les observations cliniques des experts le démontrent et le mandataire du recourant écrit lui-même le 10.10.2012 que son client est révolté par sa longue détention, pour excuser ses comportements "déplacés" envers le personnel de l'établissement) mais bien plus avec la mesure institutionnelle – incluant la médication, la surveillance étroite et le cadre de vie - dont il bénéficie et qui, si elle n'a pas empêché les événements (menaces graves) de 2008–2009, a prévenu jusqu'à présent avec succès tout passage à l'acte. C'est dès lors avec raison que le premier juge a ordonné la prolongation de la mesure. Celle-ci reste proportionnée et utile, étant précisé que l'intérêt de la société persiste, afin de prévenir X. de tout passage à l'acte qui pourrait s'exprimer dans des infractions graves. L'utilité de la mesure s'est du reste très concrètement vérifiée en juin 2012 lorsque les modifications de l'humeur du recourant et l'agitation qu'il présentait ont pu être efficacement traitées, jusqu'à

l'amendement de ces symptômes. En cela, la situation diffère de celle qu'avait eue à juger le Tribunal fédéral dans l'arrêt publié aux ATF 137 IV 201, dans lequel les progrès étaient plus ténus mais suffisants pour justifier le maintien de la mesure. L'accessibilité de X. par l'équipe soignante s'améliore lentement mais progressivement, ce que les experts jugent encourageant pour l'évolution du traitement sur une longue durée. En ce sens, la mesure reste incontestablement utile et n'est pas "vouée à l'échec", tout en restant indispensable pour compenser le patient. On ne saurait non plus considérer que la mesure est vouée à l'échec puisque son existence même a permis de détourner X. d'une nouvelle infraction pénale grave. Finalement, la durée de trois ans tient adéquatement compte de l'évolution, lente mais tout de même présente, de la situation.

E. 5

Vu ce qui précède, le recours sera rejeté, aux frais de son auteur, qui bénéficie de l'assistance judiciaire (art.134 CPP a contrario). A ce titre, Me D. sera invité à fournir dans les 10 jours toute indication utile à la fixation de sa rémunération (art.18 LI-CPP).

E. 23

janvier 2013 doit dès lors être converti en recours.

c) Se pose la question de la recevabilité temporelle de cet acte, le recours devant s'exercer dans un délai de dix jours dès la notification de la décision (art.396 al. 1 CPP), délai en l'occurrence échu. A cet égard, il serait tout à fait illogique de convertir un acte d'appel en un acte de recours sans adapter en même temps les exigences de délai attachées à chacun de ces actes de procédure. Retenir le contraire viderait de sa substance la jurisprudence fédérale qui admet la protection de la bonne foi d'une partie ou de son représentant lorsque celui-ci a été induit en erreur par une fausse indication de la voie de droit, qu'il ne pouvait déceler en consultant simplement la législation applicable (voir arrêt du Tribunal fédéral du 16.10.2012 précité). La question d'une éventuelle restitution du délai au sens de l'article 94 al. 1 CPP devient dès lors sans objet, si bien qu'il n'y a pas lieu d'examiner si l'absence de faute grave telle qu'exigée par la jurisprudence précitée correspond en l'occurrence à l'absence de faute tout court (art.94 al. 1 in fine CPP).

En définitive, l'appel du 23 janvier 2013 doit dès lors être considéré comme recevable au titre de recours devant l'autorité de céans.

2.X. a vu son cas être annuellement examiné par l'autorité compétente pour prononcer la libération conditionnelle au sens de l'article 62d CP. La dernière décision rendue à cet égard, refusant la libération conditionnelle, l'a été le 23 octobre 2012 et fait l'objet d'un recours toujours pendant devant le Département de la justice, de la sécurité et des finances. En substance, la décision refusant la libération conditionnelle retient que le pronostic favorable quant au comportement futur de X. fait défaut. Certes, la décision constatant que les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies au 31 décembre 2012 n'est pas encore définitive, il n'en demeure pas moins qu'au sens de l'article 59 al. 4 CP, le premier juge devait examiner la question de la prolongation de la mesure thérapeutique institutionnelle et se demander dès lors si le maintien de la mesure détournerait l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental. C'est cet examen que l'autorité de recours doit revoir dans la présente affaire, sur la base de l'instruction menée, et en particulier des expertises psychiatriques figurant au dossier.

3.a) L'article 59 al. 4 CP prévoit que la mesure ne peut, en règle générale, excéder cinq ans. Cependant, si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou délits en relation avec le trouble mental, le juge peut ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois. La mesure peut ainsi être reconduite aussi souvent et aussi longtemps que son maintien s'avère nécessaire, approprié et proportionnel (ATF135 IV 139 cons. 2.1 p. 141). Dans ce cadre, elle ne connaît pas de limite maximale. Cette prolongation est indiquée lors de traitements selon l'art. 59 al. 3 CP. Cette possibilité existe parce que les mesures thérapeutiques appliquées à des malades mentaux chroniques n'agissent souvent que très lentement (ATF134 IV 315 cons. 3.4.1 p. 321 s. et réf. citées).

Conformément à l'article 56 al. 6 CP, une mesure dont les conditions ne sont plus remplies doit être levée. Selon l'article 62c al. 1 let. a CP, la mesure thérapeutique institutionnelle doit être levée si son exécution paraît vouée à l'échec. Il en va ainsi lorsque l'auteur n'est pas (ou plus) soignable ou que le traitement n'est plus apte à prévenir la commission de nouvelles infractions (Roth/Thalmann, in Commentaire romand, Code pénal I, 2009, n. 1 ad art. 62c CP; Stratenwerth, Schweizerisches Strafrecht, allgemeiner Teil II: Strafen und Massnahmen, 2006, 2e éd., § 9 n. 53; Trechsel et al., Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 2008, n. 2-3 ad art. 62c). L'échec de la mesure peut résulter de l'insuffisance de possibilités thérapeutiques, du manque de respect des avis ou recommandations des thérapeutes ou du refus d'un traitement. Le traitement n'est voué à l'échec que s'il est définitivement inopérant; une simple crise de l'intéressé ne suffit pas (Heer, op. cit., n. 18-19 ad art. 62c). De manière générale, la levée d'une mesure en raison de son échec doit être admise de manière restrictive (Roth/Thalmann, op. cit., n. 2 ad art. 62c CP; Heer, op. cit., n. 18 ad art. 62c CP; arrêt du Tribunal fédéral du 27.9.2012 [6B_372/2012] cons. 2.2).

Au contraire de l'internement, qui consiste principalement à neutraliser l'auteur, la mesure thérapeutique institutionnelle cherche à réduire le risque de récidive par une amélioration des facteurs inhérents à l'intéressé (cf. Baechtold, Exécution des peines, 2008, p. 316). Il s'ensuit que, pour qu'une mesure thérapeutique institutionnelle puisse être maintenue, c'est le traitement médical, non la privation de liberté qui lui est associée, qui doit conserver une chance de succès du point de vue de la prévention spéciale. Une mesure thérapeutique institutionnelle ne saurait être maintenue au seul motif que la privation de liberté qu'elle comporte a pour effet d'empêcher l'auteur de commettre de nouvelles infractions. Sinon, ne cherchant plus à réduire le risque de récidive par le traitement de l'auteur, mais uniquement par la neutralisation de celui-ci, elle ne se différencierait plus de l'internement, mesure qui n'est admissible qu'aux conditions prévues à l'art. 64 CP. Certes, la notion de traitement médical doit être entendue largement. Même la simple prise en charge de l'auteur dans un milieu structuré et surveillé accompagnée d'un suivi psychothérapeutique relativement lointain constitue un traitement, si elle a pour effet prévisible d'améliorer l'état de l'intéressé de manière à permettre, à terme, sa réinsertion dans la société (cf. Heer, op. cit., n° 66 ad art. 59 CP). Mais, lorsqu'il n'y a plus lieu de s'attendre à une amélioration de l'état de l'auteur, l'autorité compétente doit lever la mesure, en prenant au besoin une ou plusieurs des dispositions prévues à l'art. 62c al. 3 à 6 CP (arrêt 6B_854/2010 du 5.5.2011 cons. 1.3; 6B_804/2011 du 14.2.2012, cons. 1.1.3; ATF137 IV 201 cons. 1.3).

b) Selon la jurisprudence (not. 6B_354/2012 du 2.11.2012, cons. 1.2), le juge apprécie en principe librement une expertise et n'est pas lié par les conclusions de l'expert. Toutefois, il

ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité. Il est alors tenu de motiver sa décision de ne pas suivre le rapport d'expertise (ATF133 II 384cons. 4.2.3 p. 391 ;129 I 49cons. 4 p. 57 ;128 I 81cons. 2 p. 86). Si les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF118 Ia 144consid. 1c p. 146).

4. En l'espèce, le recourant reproche principalement au premier juge ■ dont la compétence se fonde sur l'article 30 al. 2 OJN ■ de s'en être tenu aux constatations et conclusions de l'expertise, qu'il juge "trop théoriques", alors que les éléments concrets qui fondent le maintien de la mesure sont anciens, pour partie non établis et ne tiennent pas suffisamment compte de son comportement "irréprochable" depuis lors. Celui-ci doit, conjugué avec son état physique amoindri, conduire à exclure sa dangerosité. On ne saurait à l'évidence suivre cette position.

Le premier juge a procédé à un résumé minutieux des différents avis médicaux émis successivement au sujet de X. Celui-ci ne conteste pas le diagnostic désormais posé, soit celui de schizophrénie hébéphrénique, de nature chronique. Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 mai 2012, dans lequel les docteurs A. et B. ont confirmé le diagnostic précédemment émis, est fondé sur deux entretiens, à un mois d'intervalle environ, avec X., ainsi que sur l'étude du dossier pénal. Ce rapport s'inscrit dans le prolongement des avis jusqu'ici émis et converge avec les observations et appréciations des précédents intervenants. Cette expertise contient les éléments indispensables à l'évaluation, tels qu'un résumé des faits, une anamnèse, l'observation clinique, une "impression diagnostic", une discussion et conclusion, suivis des réponses aux questions. Sa lecture ne laisse pas apparaître de contradictions irréductibles, ce que le recourant ne soutient du reste pas, et en ce sens, elle acquiert une pleine valeur probante. L'observation clinique ■ tout à fait concrète et non pas simplement théorique comme l'affirme le recourant ■ effectuée par les experts A. et B. de l'état actuel du recourant permet de décrire comment les troubles s'expriment, en particulier les hallucinations auditives, une anosognosie face à la maladie et le déni de sa situation, au point que le patient nie la prise de médicaments psychotropes et tout besoin d'assistance au sens de l'article 59 CP. Or il existe, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, une relation entre le déni des troubles et le risque de violence chez une personne atteinte de schizophrénie. Le déni de toute infraction ressort également du "plan d'exécution de la mesure" du 12 septembre 2012 dans lequel on apprend que X. "est persuadé d'être victime d'une erreur judiciaire". Même en suivant l'avis du recourant selon lequel la négation de tout délit fait partie intégrante de sa maladie et en quelque sorte l'excuserait, on ne saurait encore en tirer la conclusion qu'il souhaite en tirer. Le critère d'examen de la libération n'est en effet pas l'éventuelle faute de l'intéressé mais le risque qu'il puisse commettre des infractions graves et les chances que la mesure l'en prévienne, ce qui s'apprécie notamment en rapport de la maîtrise escomptée du comportement futur.

Les experts considèrent à ce titre que la maladie "reste encore active" et observent des idées délirantes de persécution. X. affirme en effet être victime d'un complot, portant non seulement sur sa condamnation pour meurtre manqué mais également en relation avec son acquittement, en 1991, suite à des soupçons d'incendie volontaire (en particulier, l'avocate qui aurait réussi à le faire acquitter aurait été "violée et jetée dans le lac", alors que le juge

présidant l'instance qui l'avait acquitté avait demandé à la police de mettre le feu aux maisons des jurés qui avaient siégé lors de cet acquittement). Les experts soulignent que l'évocation de ces faits intervient de manière virulente, tout en restant respectueuse envers l'expert. Ces observations concrètement décrites conduisent les experts à conclure, au terme de la "discussion et conclusion", que les idées délirantes de persécution, témoins de l'activité de la maladie, sont bien incrustées dans le vécu et le discours de l'expertisé. Le traitement neuroleptique n'a pas d'influence sur le contenu des idées délirantes mais sur leur intensité; on peut en déduire que le traitement médical a une vertu cadrante, en ce sens qu'il diminue les effets d'une maladie qui reste présente. Même si les experts jugent X. "plus ouvert" que lors de l'expertise de 2008, ils concluent de leur examen que "[l]e cadre offert par l'institution dans laquelle vit l'expertisé permet de palier aux déficits et de maintenir une hygiène adéquate ainsi qu'une activité dans l'atelier régulière". Selon les experts toujours, la schizophrénie chronique a été contrôlée grâce au traitement médicamenteux et au soutien du personnel soignant, avec une amélioration de l'état général. Dans la mesure où le recourant nie tant sa maladie que l'utilité d'une prise en charge psychiatrique, les faits-mêmes qui ont conduit à sa condamnation et finalement les menaces proférées à l'encontre du personnel soignant en 2008, il lui est impossible de diminuer son risque de passage à l'acte. Cette situation impose la résidence en institution médico-sociale avec une surveillance stricte de la prise médicamenteuse, étant précisé que le succès du traitement réside dans une amélioration de la qualité de vie de l'expertisé, ainsi que dans une diminution des risques de passage à l'acte grâce à la prise du traitement neuroleptique, qui améliore lentement mais progressivement l'accessibilité de X. à l'équipe soignante. Les experts indiquent expressément qu'un placement civil ne serait pas suffisant et que le placement actuel est adapté à la situation de X. On relèvera que les soins fournis à celui-ci ne se résument pas à la surveillance de la médication mais englobent tout son cadre de vie (voir notamment le contact téléphonique quotidien entre l'atelier dans lequel il est occupé et le foyer et l'encadrement lors des promenades et sorties).

Dans leur complément d'expertise du 28 août 2012, les Drs A. et B. ont en substance confirmé les conclusions de leur rapport principal. Ils ont quelque peu explicité les menaces proférées par X. à l'encontre du personnel soignant - relatées dans un rapport d'entretien rédigé par le Dr C. le 8 janvier 2009 (dossier EXP.2005.582) et dont on retrouve une illustration dans le dossier EXP.2005.582. Cet épisode ■ que l'on ne saurait réduire à une seule inadéquation envers les destinataires des propos ou à un caractère simplement grossier voire obscène ■ illustre la persistance importante d'hétéro-agressivité et ce, malgré l'état de santé psychique et physique amoindri. Certes, cet épisode remonte maintenant à plus de quatre ans et la réponse à la question 8 du complément d'expertise ne cite pas expressément les infractions qui sont redoutées de la part de X. Cela étant, la lecture parallèle du rapport principal et du rapport complémentaire ne laisse planer aucun doute sur l'avis médical émis, que le premier juge a fait sien avec raison. On ne saurait en effet reprocher à l'expertise "d'être théorique", on l'a vu, et la diminution physique de l'expertisé n'est pas aussi prononcée qu'elle exclue tout passage à l'acte. Cette diminution existait du reste déjà en 2007, lorsque la mesure a été instituée pour cinq ans, et la relative autonomie conférée désormais à X., notamment lorsqu'il peut se déplacer au sein du centre de Perreux ainsi qu'au village de [...]NE, démontre la vigueur physique qui lui reste (on relèvera que l'expert indique que X. se déplaçait bien et qu'il n'était en aucun cas comparable à un malade handicapé ou grabataire, exclusivement alité). Le fait que l'intéressé se comporte, selon son propre avis, de manière désormais irréprochable, ne conduit pas à nier sa dangerosité,

sachant que ce résultat a été obtenu après de longs efforts thérapeutiques, dont les experts préconisent sans ambiguïté la continuation. L'état physique de X. ne constitue à lui seul pas une garantie contre toute possibilité d'agression physique de tiers, du même type que celle pour laquelle il a été condamné. Le mode opératoire d'une agression grave ne nécessite en effet pas toujours un effort physique important (on pense en particulier aux cas dans lesquels il est fait usage d'une arme à feu). On ne saurait d'ailleurs considérer que si sa condamnation pour meurtre manqué l'a été sur la base de faits déclenchés par une "contrariété", la présence continue sur une longue durée des contrariétés liées à la mesure, alors même que le recourant n'a pas récidivé dans l'intervalle, serait la preuve de son absence de dangerosité. L'absence de passage à l'acte n'est pas à mettre en relation avec une meilleure acceptation des contrariétés (les observations cliniques des experts le démontrent et le mandataire du recourant écrit lui-même le 10.10.2012 que son client est révolté par sa longue détention, pour excuser ses comportements "déplacés" envers le personnel de l'établissement) mais bien plus avec la mesure institutionnelle ■ incluant la médication, la surveillance étroite et le cadre de vie - dont il bénéficie et qui, si elle n'a pas empêché les événements (menaces graves) de 2008■2009, a prévenu jusqu'à présent avec succès tout passage à l'acte. C'est dès lors avec raison que le premier juge a ordonné la prolongation de la mesure.

Celle-ci reste proportionnée et utile, étant précisé que l'intérêt de la société persiste, afin de prévenir X. de tout passage à l'acte qui pourrait s'exprimer dans des infractions graves. L'utilité de la mesure s'est du reste très concrètement vérifiée en juin 2012 lorsque les modifications de l'humeur du recourant et l'agitation qu'il présentait ont pu être efficacement traitées, jusqu'à l'amendement de ces symptômes. En cela, la situation diffère de celle qu'avait eue à juger le Tribunal fédéral dans l'arrêt publié aux ATF137 IV 201, dans lequel les progrès étaient plus ténus mais suffisants pour justifier le maintien de la mesure. L'accessibilité de X. par l'équipe soignante s'améliore lentement mais progressivement, ce que les experts jugent encourageant pour l'évolution du traitement sur une longue durée. En ce sens, la mesure reste incontestablement utile et n'est pas "vouée à l'échec", tout en restant indispensable pour compenser le patient. On ne saurait non plus considérer que la mesure est vouée à l'échec puisque son existence même a permis de détourner X. d'une nouvelle infraction pénale grave. Finalement, la durée de trois ans tient adéquatement compte de l'évolution, lente mais tout de même présente, de la situation.

5. Vu ce qui précède, le recours sera rejeté, aux frais de son auteur, qui bénéficie de l'assistance judiciaire (art.134 CPP a contrario). A ce titre, Me D. sera invité à fournir dans les 10 jours toute indication utile à la fixation de sa rémunération (art.18 LI-CPP).

Par ces motifs, l'Autorité de recours en matière pénale

1. Rejette le recours du 23 janvier 2013, recevable au sens des considérants.
2. Arrête les frais du présent arrêt à 600 francs.
3. Invite Me D. à fournir, dans les 10 jours, tout renseignement utile à la fixation de sa rémunération de défenseur d'office devant l'instance de recours.

Neuchâtel, le 22 mai 2013

1 Le droit est la base et la limite de l'activité de l'Etat.

2 L'activité de l'Etat doit répondre à un intérêt public et être proportionnée au but visé.

3Les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi.

4La Confédération et les cantons respectent le droit international.

1Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes:

a.

l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble;

b.

il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.

2Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures.

3Le traitement s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions. Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al. 2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié.¹

4La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois.

¹Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 2006 (Correctifs en matière de sanctions et casier judiciaire), en vigueur depuis le 1er janv. 2007 (RO20063539;FF20054425).

1Le tribunal qui a prononcé le jugement en première instance rend également les décisions ultérieures qui sont de la compétence d'une autorité judiciaire, pour autant que la Confédération et les cantons n'en disposent pas autrement.

2Le ministère public qui rend une décision dans une procédure d'ordonnance pénale ou l'autorité pénale compétente en matière de contraventions qui rend une décision dans une procédure pénale en matière de contraventions est également compétent pour rendre les décisions ultérieures.

3La Confédération et les cantons désignent les autorités compétentes pour rendre les décisions ultérieures qui ne sont pas de la compétence du tribunal.

1L'autorité compétente introduit d'office la procédure tendant à rendre une décision judiciaire ultérieure, pour autant que le droit fédéral n'en dispose pas autrement. Elle adresse au tribunal le dossier correspondant ainsi que sa proposition.

2Dans les autres cas, le condamné ou une autre personne qui y est habilitée peut demander par écrit que la procédure soit introduite; la demande est motivée.

3Le tribunal examine si les conditions de la décision judiciaire ultérieure sont réunies, complète le dossier si nécessaire ou fait exécuter d'autres investigations par la police.

4Il donne à la personne concernée et aux autorités l'occasion de s'exprimer sur les décisions envisagées et de soumettre leurs propositions.

1Le tribunal statue sur la base du dossier. Il peut aussi ordonner des débats.

2Il rend sa décision par écrit et la motive brièvement. Si des débats ont eu lieu, il notifie sa décision immédiatement et oralement.

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