

# **NE\_GERICHTE ARMP.2013.54 vom 4. Dezember 2006**

NE Tribunal cantonal, 2006-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_ARMP.2013.54\\_d20061204](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_ARMP.2013.54_d20061204)

FR: NE\_GERICHTE ARMP.2013.54 du 4 décembre 2006

IT: NE\_GERICHTE ARMP.2013.54 del 4 dicembre 2006

## **Regeste**

Recours contre une décision prolongeant la mesure institutionnelle de traitement. Violation du droit d'être entendu réparée devant l'ARMP.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (voir en particulier arrêt de l'ARMP [ ARMP.2013.52 ] du 22 mai 2013, cons. 1 pour ce qui est de la voie du recours et non de l'appel).

### **E. 2**

Le recourant se plaint tout d'abord d'une violation de son droit d'être entendu. Dans le cadre d'une affaire récente, le Tribunal fédéral s'est exprimé comme suit quant au contenu du droit d'être entendu : " Le droit d'être entendu, ancré à l'art. 29 al. 2 Cst., garantit notamment le droit pour une partie à un procès de prendre connaissance de toute argumentation présentée au tribunal et de se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre. Il appartient en effet aux parties, et non au juge, de décider si une prise de position ou une pièce nouvellement versée au dossier contient des éléments déterminants qui appellent des observations de leur part. Ce droit de réplique vaut pour toutes les procédures judiciaires. Toute prise de position ou pièce nouvelle versée au dossier doit dès lors être communiquée aux parties pour leur permettre de décider si elles veulent ou non faire usage de leur faculté de se déterminer (cf. ATF 137 I 195 cons. 2.3.1 p. 197 et les références citées). Dans ce sens, l'art. 29 al. 2 Cst. confère un véritable droit de réplique, même dans les domaines qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'art. 6 CEDH (cf. ATF 138 I 154 cons.

### **E. 2.3**

p. 156 s.) [...] " (arrêt du TF du 05.03.2013 [1B\_16/2013 ] cons.2.1). Il a cependant précisé dans un autre arrêt récent (arrêt du TF du 26.2.2013 [1B\_40/2013] cons.3.1): " Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit de toute partie de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 129 II 497 consid. 2.2 p. 504 s.; 124 II 132 consid. 2b p. 137 et les références citées). [...] Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'irrégularité n'est pas particulièrement grave et pour autant que la partie concernée ait la possibilité de s'exprimer et de recevoir une décision motivée de la part de l'autorité de recours disposant d'un pouvoir d'examen complet en fait et en droit. Une réparation du vice procédural est également possible lorsque le renvoi à l'autorité inférieure

constitue une vaine formalité, provoquant un allongement inutile de la procédure, incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable" (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204 s. et les références). Dans la première des affaires précitées, le Tribunal fédéral avait admis le recours d'un prévenu qui n'avait pas été mis en situation – devant l'autorité de recours cantonale et non devant la première instance - de pouvoir faire valoir en temps utile son droit de réplique, suite à des observations et pièces remises par le Ministère public. En l'espèce, on se trouve dans une situation analogue mais toutefois fondamentalement différente du fait qu'est en cause l'instruction menée en première instance, puisque le Ministère public s'est prononcé, autrement que par une simple conclusion tendant au rejet du recours. Au vu de la jurisprudence précitée et sur le principe, la brièveté de l'opinion présentée et le principe d'économie de procédure ne peuvent conduire à priver une partie de se prononcer sur tout élément présenté au tribunal avant qu'une décision soit prise à son encontre. Cela étant, dans la mesure où l'autorité de céans examine le recours avec un pouvoir d'examen complet, en fait, en droit et même en opportunité (art. 393 al. 2 CPP ), il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu de X. est réparée au stade du recours. La violation constatée – soit l'absence d'envoi de la prise de position somme toute prévisible et brève du Procureur général du 7 mars 2013 – du droit d'être entendu n'est en effet pas particulièrement grave et le recourant a pu exposer dans son recours les moyens qu'il entend opposer à la position désormais formellement connue du Ministère public – sans encore une fois qu'elle soit surprenante – et dont l'autorité de recours pourra juger sans limite de son pouvoir de cognition et d'examen.

### **E. 3**

à 6 CP (arrêts du TF du 5.5.2011 [6B\_854/2010] cons. 1.3; du 14.2.2012 [6B\_804/2011] , cons.1.1.3; ATF137 IV 201 cons.1.3).

b) Selon la jurisprudence (not. arrêt du TF du 2.11.2012 [6B\_354/2012] , 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 384 cons. 4.2.3 p. 391 ; 129 I 49 cons. 4 p. 57 ; 128 I 81 cons. 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 144 consid. 1c p. 146).

A la différence de l'article 62d al. 1 CP, relatif à l'examen ■ au minimum annuel - de la libération et de la levée de la mesure, l'article 59 CP n'impose pas une audition de l'intéressé. La loi exige simplement un examen judiciaire de la prolongation de la mesure et une motivation particulière (Trechsel, op.cit., no 15 ad art. 59 CP; Heer, op. cit., no 126 ad art. 59 CP). L'article 59 CP n'exige pas non plus la mise en ■uvre d'une nouvelle expertise, même si sur ce point, la différence avec la procédure de libération conditionnelle peut paraître paradoxale, vu la lourdeur d'une prolongation de la mesure qui peut atteindre cinq ans. Il se peut cependant, selon les circonstances, qu'il soit nécessaire de compléter les avis d'expert (Heer, op. cit., no 126 ad art. 59 CP). Dans cette perspective, une attention toute particulière devra être portée au caractère actuel de l'expertise figurant déjà au dossier. Selon la jurisprudence, une expertise antérieure est insuffisante lorsqu'une modification des

circonstances est intervenue. Il est également possible de solliciter dans ce cas une expertise complémentaire ou un avis supplémentaire. La jurisprudence n'a pas fixé de limite temporelle générale à partir de laquelle une expertise n'est plus actuelle (Heer, op. cit., no 67 à 69 ad art.56 CP).

5. S'agissant de la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, on observera que même si le condamné ne la sollicitait pas ou ne faisait que la suggérer au stade de la première instance, il appartiendrait quoi qu'il en soit au premier juge d'examiner d'office si les avis professionnels qui figurent au dossier sont suffisants pour qu'il puisse statuer. A cet égard, le jugement querellé ne dit rien expressément mais on en déduit que le premier juge a estimé être suffisamment informé sur la situation concrète de X. et qu'il a partant renoncé à une nouvelle expertise. La dernière expertise complète date du 21 septembre 2010 (expertise du Dr D.) et avait été établie dans le cadre d'un placement de l'intéressé en détention préventive, suite à ce qu'il avait importuné une jeune fille, faits pour lesquels il sera condamné le 4 novembre 2010 (art.198 CP). Par ailleurs, un avis médical plus récent - émis le 29 octobre 2012 à l'attention de l'Office d'application des peines et des mesures, probablement dans le cadre de l'examen annuel de la libération conditionnelle imposée par l'article 62d CP - figure au dossier. Il émane du Dr C., qui suit X., et on peut considérer, dans le cadre du principe rappelé ci-dessus selon lequel l'examen de l'article 59 al. 4 CP n'exige pas l'établissement d'une nouvelle expertise, que ces avis spécialisés étaient suffisants pour permettre au premier juge de trancher.

6. La dernière expertise psychiatrique complète, effectuée par le Dr D. à l'automne 2010, retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde compensée. Il existe à ce titre un consensus global des psychiatres experts et des psychiatres traitants (le Dr E. dans ses rapports du 10 février 2000 et du 11 avril 2006, puis le Dr F. dans ses rapports du 17 septembre 2005 et du 6 octobre 2006 (dont le contenu est particulièrement inquiétant) et finalement le Dr. A. (cette expertise étant diligentée dans le cadre de la procédure instituant la mesure) posent tous le diagnostic de schizophrénie paranoïde, seul le Dr G. retenant, dans son rapport du 20 avril 2005, une dysgénésie de la personnalité dont la structure psychotique limite suffit à placer l'expertisé hors de la réalité). La difficulté du cas ne se situe pas au niveau du diagnostic mais dans la prise en charge tant thérapeutique qu'éducative. La seule évolution constatée par rapport à ce diagnostic est celle de la stabilisation de la maladie, dans le cadre thérapeutique, avec une meilleure socialisation, même si l'expertisé cherche encore à transgresser le cadre de manière ponctuelle. L'évaluation faite par l'expert D. en 2010 révèle cependant une prise de conscience seulement partielle par X. de son trouble psychique dans la mesure où il l'attribue encore "passablement" à la consommation de substances illicites (i.e. cannabis) et d'alcool, ce que l'expert explique par une volonté de se protéger sur le plan narcissique. Si l'expertisé reconnaît l'utilité du cadre mis en place, il nie celle du traitement neuroleptique (on relèvera que son psychiatre traitant, le Dr F. constatait déjà le 6.10.2006 que son patient se montrait anosognosique). Il convient de préciser que durant les mois précédant l'expertise du Dr D., X. avait subi une décompensation psychotique ■ qu'il ne reconnaissait pas pleinement devant l'expert mais qui l'avait amené à s'adresser spontanément à l'hôpital Pourtalès après des tensions survenues au Foyer B. ■ et avait commis une nouvelle infraction pénale (violation de l'article 198 CP) ■ qui avait entraîné sa réincarcération, pour avoir suivi une jeune fille au pair à la sortie du train, puis avoir tenté d'emblée de l'embrasser et lui avoir prodigué des caresses par-dessus ses vêtements. A ce titre, l'expert constatait que X. "sembl[ait] avoir retenu la leçon des derniers événements et

de la sanction immédiate qu'a représentée la détention préventive. Dès lors, [il] pens[e] qu'il ne représente pas à ce jour de danger particulier pour autrui, ni que le risque de récidive d'infraction de même nature ou d'une autre nature est actuellement significatif. Cela, à condition que X. continue à bénéficier, à la sortie de la prison, d'un encadrement strict et d'une surveillance de l'abstinence de produits stupéfiants et d'alcool, ainsi que d'une surveillance stricte de ses déplacements et de consignes claires quant aux relations autorisées avec le sexe opposé. [ ] Le risque de récidive est clairement en lien avec le trouble mental dont souffre X., trouble qui est compensé et dont le risque de récidive est faible lorsque X. bénéficie d'un encadrement strict et soutenant alors que le risque devient plus important en cas d'effritement du cadre". Un suivi ambulatoire serait "totalement insuffisant pour répondre aux exigences de prévention de la récidive". Finalement, l'expert D. indiquait que le trouble psychiatrique de X. exigerait "certainement durant de nombreuses années encore, voire à vie, un suivi psychiatrique et un encadrement thérapeutique et socio-éducatif".

Dans son rapport du 29 octobre 2012, le Dr C., qui assure le suivi psychiatrique de X. dans le cadre de la mesure thérapeutique, indique que "[l]'évolution de sa maladie (schizophrénie paranoïde) reste plutôt stable" et que "[b]ien que le patient reste toujours partiellement anosognosique, il semble avoir pris, en général, sa médication psychotrope (10mg de Zyprexa Velotabs/jour) sous surveillance infirmière au foyer B., médication dont il semble apprécier les effets anxiolytiques et stabilisants, déplorant par contre les effets sédatifs". Ce spécialiste décrit une courte période, au mois de mars 2012, durant laquelle une "certaine recrudescence de sa symptomatologie psychotique (idées de persécution, de références, religieuses et de grandeur)" est observée puis la situation s'est rapidement améliorée grâce à des mesures psychiatriques et psycho-éducatives. Entre mai et juillet 2012, son patient a connu une phase de refus des prises de sang régulières pour contrôler son taux d'Olanzapine, qui s'est du reste révélé largement hors de la fourchette thérapeutique le 14 juin 2012, sans que X. puisse fournir une explication claire. La bonne compliance médicamenteuse s'est toutefois réinstallée après cet épisode, au point que le Dr C. envisageait un essai de diminuer légèrement la médication psychotrope, sous surveillance de l'équipe du Foyer B., afin d'une part de répondre aux plaintes de X. en relation avec les effets sédatifs et sur sa vie intime de l'Olanzapine et d'autre part d'éviter qu'à moyen ou à long terme la dose prescrite favorise une recrudescence des symptômes psychotiques et influence négativement son seuil de frustration bas. En conclusion, le Dr C. retenait: "[ ] une évolution positive est constatée chez X. Son état psychique, parfois fluctuant, reste néanmoins stable. Il garde une abstinence aux toxiques. Il continue à travailler régulièrement voire à un taux un peu plus élevé. Il n'a pas récidivé. La nouvelle étape d'intégrer un appartement protégé pourrait être envisagée du point de vue psychiatrique, à la condition qu'il se soumette très régulièrement aux prises de sang pour contrôler sa compliance médicamenteuse".

Dans le rapport délivré le 6 novembre 2012 par le Foyer B., on apprend que le comportement de X. concernant la prise de son traitement neuroleptique n'est, aux yeux du personnel encadrant, "pas rassurant pour le moment". Il a en particulier été surpris en train de dissimuler son médicament, puis a refusé les prises de sang de contrôle ■ au motif qu'il avait chuté en scooter et avait besoin de son sang pour que ses plaies guérissent ■, de même qu'à un passage un traitement injectable ■ du fait de sa peur des seringues. L'intéressé démontrait avoir des difficultés à respecter le programme de sorties qu'il avait pourtant

lui-même établi (rentrées tardives, maladie fictive pour ne pas se rendre à son travail, fausses affirmations quant à l'occupation de son temps et sa localisation), ce qui a nécessité une réévaluation de la situation à début septembre 2012. Le personnel du foyer pense en outre qu'il amène des substances illicites au sein de celui-ci, malgré le rappel des règles à cet égard. Finalement, X. dit désormais ne plus souhaiter intégrer un appartement protégé pour le moment, le rapport soulignant qu'il apparaît nécessaire qu'il poursuive la prise régulière de son traitement. Par ailleurs, si H., qui suit X. dans le cadre de la mesure de protection de l'adulte dont il bénéficie, considère le comportement de son pupille comme satisfaisant dans la perspective de la mesure de protection, il "trouve la perception qu'il a de sa situation préoccupante". En effet, les réflexions de X. lui font craindre qu'il n'a toujours pas pris conscience de sa maladie ou qu'il n'en connaît pas la nature, ayant de son traitement médical une vision erronée en ce sens qu'il en escompte la diminution puis l'arrêt à terme. A cet égard, "X. ayant cette croyance à l'esprit (un bon comportement mérite une diminution de la médication), il [ ] semble que sa situation pourra difficilement se passer des garde-fous actuels, ce qui porte préjudice à l'évolution de son autonomie. Ainsi, tant que X. n'arrive pas à concevoir et accepter qu'il soit atteint d'une maladie incurable qui nécessite un traitement, certainement à vie, il est difficile d'imaginer une autre prise en charge que celle qu'on connaît actuellement".

On constate donc que les avis ■ médicaux et du cadre social ■ mettent en évidence les difficultés que X. rencontre avec l'acceptation de sa maladie ■ dont la gravité nécessite un traitement continu, probablement à vie ■, avec sa compliance médicamenteuse ■ qui, si elle reste satisfaisante, ne l'a pas été uniformément, au vu des écarts relevés ■ et avec son adaptation aux mesures sociales qui sont censées le soutenir ■ X. cherche des occasions pour se soustraire aux contraintes qui sont exigées de lui. Cette tendance s'est encore révélée durant le courant de l'année 2012 et si X. n'a pas récidivé depuis 2010, cela est certainement le résultat de son traitement et de la surveillance étroite dont il fait l'objet, tout flottement de son comportement étant rapidement décelé et compensé. Il va sans dire que si la structure mise en place jusqu'à ce jour s'effritait ■ d'autant plus que X. semble ne plus avoir de travail depuis la fin du mois de mars 2013 ■, la prévention des rechutes sociales et de la récidive pénale deviendrait totalement aléatoire, ce qui n'exclut cependant pas d'emblée des tentatives d'assouplissement mûrement réfléchies et soigneusement mises en place, dans le cadre de la mesure thérapeutique. En revanche, la levée de la mesure ou, dans le cadre de la présente procédure, la non prolongation de celle-ci rendrait le risque de récidive tout à fait actuel, tant il apparaît que celui-ci n'est diminué que par la médication adaptée et suivie de X. Or sans contrôle de la prise régulière de médicaments adaptés, on peut très sérieusement craindre que les tentatives de celui-ci de s'y soustraire alors même qu'il se trouvait soumis à un cadre strict puissent aboutir, sachant au surplus qu'il se plaint de ses effets sédatifs et sur sa vie intime. Seule une mesure thérapeutique du type de celle dont a bénéficié X. depuis la décision du 9 avril 2008 est susceptible de répondre à ses besoins, une simple assistance de probation étant manifestement insuffisante. La mesure conserve une utilité certaine, démontrée par les faits, non seulement par l'absence de récidive depuis 2010, mais également par l'efficacité de la réaction lorsque le comportement de X. devient inquiétant, ce qui a permis de (re)compenser son trouble lorsque cela fut nécessaire. Le fait même qu'un assouplissement du cadre soit envisagé, par le passage en appartement protégé malgré la détermination fluctuante de l'intéressé à cet égard démontre que la mesure s'inscrit ■ malgré la perspective de traitement sur le très long terme ou même à vie et les rechutes constatées ■ dans une dynamique de progrès par rapport à la gestion

médicale et sociale des troubles. Dans cette perspective, le besoin de prolongation de la mesure ne fait aucun doute, si bien que l'appréciation du premier juge ne prête pas flanc à la critique.

7. L'affirmation du recourant selon laquelle l'encadrement qui lui est offert au sein du Foyer B. relèverait purement de l'"administration statique et conservatoire de soins", avec pour conséquence que cet établissement ne répond pas aux exigences de la mesure thérapeutique institutionnelle telle qu'imaginée par le législateur fédéral, est directement contredite par le dossier. Non seulement le Dr D., appelé à se prononcer spécifiquement sur cette question dans son rapport du 21 septembre 2010 a jugé le placement au Foyer B. et le cadre mis en place avant l'incarcération comme adapté et le suivi thérapeutique comme optimal, mais les autres intervenants soulignent à la fois l'évolution de X. vers une stabilisation (preuve que le traitement n'est pas seulement statique et conservatoire) et les interventions couronnées de succès en cas de déviance du cadre (preuve que le cadre répond aux besoins notamment en compensant le patient lorsque cela est nécessaire). Les critiques à l'encontre de l'adéquation de l'établissement dans lequel la mesure est aujourd'hui mise en œuvre sont donc mal fondées.

8. Reste à voir si la prolongation de la mesure pour cinq ans reste compatible avec le principe de la proportionnalité, ce que le recourant conteste.

Les avis médicaux retiennent tous que la problématique psychiatrique de X. est lourde et incurable en l'état actuel des connaissances. Si la médication adaptée permet une bonne compensation des troubles, il n'en demeure pas moins qu'elle s'envisage sur le (très) long terme, peut-être même à vie. Certes, des assouplissements du cadre soutenant sont envisagés et le sont du reste, avec l'aval de la commission de dangerosité -, il n'en demeure pas moins qu'ils ne s'inscrivent sans aucun doute que dans un processus par étapes, progressif et nécessitant une évaluation régulière. La prolongation de la mesure pour une durée de cinq ans comme l'a prononcée le premier juge doit se comprendre dans cette optique et est conforme au principe de la proportionnalité, tant il est vrai que si l'on peut imaginer un assouplissement, voire ne pas exclure d'emblée - à un terme qu'il est très difficile à évaluer - une libération conditionnelle de la mesure, on ne saurait actuellement laisser X. sans mesure thérapeutique de long terme, voire seulement avec une assistance de probation ou une mesure ambulatoire, que le Dr. D. jugeait du reste insuffisante. Sous cet angle également, l'appréciation du premier juge peut être confirmée.

9. Vu ce qui précède, le recours est rejeté, aux frais de son auteur. Il n'est pas alloué de dépens (selon l'arrêt du TF du 14.08.2012 [6B\_753/2011], il n'y a du reste pas lieu à allocation de dépens lorsque le prévenu est au bénéfice de l'assistance judiciaire). Par ordonnance du 16 avril 2013, rendue par le premier juge, Me I. a été désigné comme défenseur d'office de X., au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui ne peut être retirée durant la procédure de recours (art. 134 CPP a contrario); le défenseur d'office doit être indemnisé à ce titre.

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

1. Rejette le recours.

2. Arrête les frais de la présente procédure à 600 francs et les met à la charge de X., sous réserve des règles sur l'assistance judiciaire.

3. Invite Me I., avocat à La Chaux-de-Fonds, à fournir, dans les 10 jours, tout renseignement utile à la fixation de sa rémunération d'office dans la présente procédure.

Neuchâtel, le 17 juin 2013

1 Une mesure doit être ordonnée:

- a. si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions;
- b. si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige; et
- c. si les conditions prévues aux art. 59 à 61, 63 ou 64 sont remplies.

2 Le prononcé d'une mesure suppose que l'atteinte aux droits de la personnalité qui en résulte pour l'auteur ne soit pas disproportionnée au regard de la vraisemblance qu'il commette de nouvelles infractions et de leur gravité.

3 Pour ordonner une des mesures prévues aux art. 59 à 61, 63 et 64 ou en cas de changement de sanction au sens de l'art. 65, le juge se fonde sur une expertise. Celle-ci se détermine:

- a. sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement;
- b. sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci;
- c. sur les possibilités de faire exécuter la mesure.

4 Si l'auteur a commis une infraction au sens de l'art. 64, al. 1, l'expertise doit être réalisée par un expert qui n'a pas traité l'auteur ni ne s'en est occupé d'une quelconque manière.

4bis Si l'internement à vie au sens de l'art. 64, al. 1bis, est envisagé, le juge prend sa décision en se fondant sur les expertises réalisées par au moins deux experts indépendants l'un de l'autre et expérimentés qui n'ont pas traité l'auteur ni ne s'en sont occupés d'une quelconque manière.<sup>1</sup>

5 En règle générale, le juge n'ordonne une mesure que si un établissement approprié est à disposition.

6 Une mesure dont les conditions ne sont plus remplies doit être levée.

1 Introduit par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Internement à vie des délinquants extrêmement dangereux), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 (RO20082961;FF2006869).

Traitement des troubles mentaux

1 Lorsque 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.

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

3 Le 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.<sup>1</sup>

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 1erjanv. 2007 (RO20063539;FF20054425).

1Le recours est recevable:

- a. contre les décisions et les actes de procédure de la police, du ministère public et des autorités pénales compétentes en matière de contraventions;
- b. contre les ordonnances, les décisions et les actes de procédure des tribunaux de première instance, sauf contre ceux de la direction de la procédure;
- c. contre les décisions du tribunal des mesures de contrainte, dans les cas prévus par le présent code.

2Le recours peut être formé pour les motifs suivants:

- a. violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, le déni de justice et le retard injustifié;
- b. constatation incomplète ou erronée des faits;
- c. inopportunité.

#### **E. 4**

a) 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. 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 (ATF 135 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 (ATF 134 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 TF 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 (arrêts du TF du 5.5.2011 [6B\_854/2010 ] cons. 1.3; du 14.2.2012 [6B\_804/2011 ] , cons.1.1.3; ATF 137 IV 201 cons.1.3). b) Selon la jurisprudence (not. arrêt du TF du 2.11.2012 [6B\_354/2012 ] , 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 (ATF 133 II 384 cons. 4.2.3 p. 391 ; 129 I 49 cons. 4 p. 57 ; 128 I 81 cons. 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. (ATF 118 Ia 144 consid. 1c p. 146). A la différence de l'article 62d al. 1 CP, relatif à l'examen – au minimum annuel - de la libération et de la levée de la mesure, l'article 59 CP n'impose pas une audition de l'intéressé. La loi exige simplement un examen judiciaire de la prolongation de la mesure et une motivation particulière ( Trechsel , op.cit., no 15 ad art. 59 CP; Heer , op. cit., no 126 ad art. 59 CP). L'article 59 CP n'exige pas non plus la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, même si sur ce point, la différence avec la procédure de libération conditionnelle peut paraître paradoxale, vu la lourdeur d'une prolongation de la mesure qui peut atteindre cinq ans. Il se peut cependant, selon les circonstances, qu'il soit nécessaire de compléter les avis d'expert ( Heer , op. cit., no 126 ad art. 59 CP). Dans cette perspective, une attention toute particulière devra être portée au caractère actuel de l'expertise figurant déjà au dossier. Selon la jurisprudence, une expertise antérieure est insuffisante lorsqu'une modification des circonstances est intervenue. Il est également possible de solliciter dans ce cas une expertise complémentaire ou un avis supplémentaire. La jurisprudence n'a pas fixé de limite

temporelle générale à partir de laquelle une expertise n'est plus actuelle ( Heer , op. cit., no 67 à 69 ad art.56 CP).

#### **E. 5**

S'agissant de la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, on observera que même si le condamné ne la sollicitait pas ou ne faisait que la suggérer au stade de la première instance, il appartiendrait quoi qu'il en soit au premier juge d'examiner d'office si les avis professionnels qui figurent au dossier sont suffisants pour qu'il puisse statuer. A cet égard, le jugement querellé ne dit rien expressément mais on en déduit que le premier juge a estimé être suffisamment informé sur la situation concrète de X. et qu'il a partant renoncé à une nouvelle expertise. La dernière expertise complète date du 21 septembre 2010 (expertise du Dr D.) et avait été établie dans le cadre d'un placement de l'intéressé en détention préventive, suite à ce qu'il avait importuné une jeune fille, faits pour lesquels il sera condamné le 4 novembre 2010 (art.198 CP). Par ailleurs, un avis médical plus récent - émis le 29 octobre 2012 à l'attention de l'Office d'application des peines et des mesures, probablement dans le cadre de l'examen annuel de la libération conditionnelle imposée par l'article 62d CP - figure au dossier. Il émane du Dr C., qui suit X., et on peut considérer, dans le cadre du principe rappelé ci-dessus selon lequel l'examen de l'article 59 al. 4 CP n'exige pas l'établissement d'une nouvelle expertise, que ces avis spécialisés étaient suffisants pour permettre au premier juge de trancher.

#### **E. 6**

La dernière expertise psychiatrique complète, effectuée par le Dr D. à l'automne 2010, retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde compensée. Il existe à ce titre un consensus global des psychiatres experts et des psychiatres traitants (le Dr E. dans ses rapports du 10 février 2000 et du 11 avril 2006, puis le Dr F. dans ses rapports du 17 septembre 2005 et du 6 octobre 2006 (dont le contenu est particulièrement inquiétant) et finalement le Dr. A. (cette expertise étant diligentée dans le cadre de la procédure instituant la mesure) posent tous le diagnostic de schizophrénie paranoïde, seul le Dr G. retenant, dans son rapport du 20 avril 2005, une dysgénésie de la personnalité dont la structure psychotique limite suffit à placer l'expertisé hors de la réalité). La difficulté du cas ne se situe pas au niveau du diagnostic mais dans la prise en charge tant thérapeutique qu'éducative. La seule évolution constatée par rapport à ce diagnostic est celle de la stabilisation de la maladie, dans le cadre thérapeutique, avec une meilleure socialisation, même si l'expertisé cherche encore à transgresser le cadre de manière ponctuelle. L'évaluation faite par l'expert D. en 2010 révèle cependant une prise de conscience seulement partielle par X. de son trouble psychique dans la mesure où il l'attribue encore "passablement" à la consommation de substances illicites (i.e. cannabis) et d'alcool, ce que l'expert explique par une volonté de se protéger sur le plan narcissique. Si l'expertisé reconnaît l'utilité du cadre mis en place, il nie celle du traitement neuroleptique (on relèvera que son psychiatre traitant, le Dr F. constatait déjà le 6.10.2006 que son patient se montrait anosognosique). Il convient de préciser que durant les mois précédant l'expertise du Dr D., X. avait subi une décompensation psychotique – qu'il ne reconnaissait pas pleinement devant l'expert mais qui l'avait amené à s'adresser spontanément à l'hôpital Pourtalès après des tensions survenues au Foyer B. – et avait commis une nouvelle infraction pénale (violation de l'article 198 CP) – qui avait entraîné sa réincarcération, pour avoir suivi une jeune fille au pair à la sortie du train, puis avoir tenté d'emblée de l'embrasser et lui avoir prodigué des caresses par-dessus ses vêtements. A ce titre, l'expert constatait que X. "sembl[ait] avoir retenu la leçon des derniers événements et

de la sanction immédiate qu'a représentée la détention préventive. Dès lors, [il] pens[e] qu'il ne représente pas à ce jour de danger particulier pour autrui, ni que le risque de récurrence d'infraction de même nature ou d'une autre nature est actuellement significatif. Cela, à condition que X. continue à bénéficier, à la sortie de la prison, d'un encadrement strict et d'une surveillance de l'abstinence de produits stupéfiants et d'alcool, ainsi que d'une surveillance stricte de ses déplacements et de consignes claires quant aux relations autorisées avec le sexe opposé. [...] Le risque de récurrence est clairement en lien avec le trouble mental dont souffre X., trouble qui est compensé et dont le risque de récurrence est faible lorsque X. bénéficie d'un encadrement strict et soutenant alors que le risque devient plus important en cas d'effritement du cadre". Un suivi ambulatoire serait "totalement insuffisant pour répondre aux exigences de prévention de la récurrence". Finalement, l'expert D. indiquait que le trouble psychiatrique de X. exigerait "certainement durant de nombreuses années encore, voire à vie, un suivi psychiatrique et un encadrement thérapeutique et socio-éducatif". Dans son rapport du 29 octobre 2012, le Dr C., qui assure le suivi psychiatrique de X. dans le cadre de la mesure thérapeutique, indique que "[l]'évolution de sa maladie (schizophrénie paranoïde) reste plutôt stable" et que "[b]ien que le patient reste toujours partiellement anosognosique, il semble avoir pris, en général, sa médication psychotrope (10mg de Zyprexa Velotabs/jour) sous surveillance infirmière au foyer B., médication dont il semble apprécier les effets anxiolytiques et stabilisants, déplorant par contre les effets sédatifs". Ce spécialiste décrit une courte période, au mois de mars 2012, durant laquelle une "certaine recrudescence de sa symptomatologie psychotique (idées de persécution, de références, religieuses et de grandeur)" est observée puis la situation s'est rapidement améliorée grâce à des mesures psychiatriques et psycho-éducatives. Entre mai et juillet 2012, son patient a connu une phase de refus des prises de sang régulières pour contrôler son taux d'Olanzapine, qui s'est du reste révélé largement hors de la fourchette thérapeutique le 14 juin 2012, sans que X. puisse fournir une explication claire. La bonne compliance médicamenteuse s'est toutefois réinstallée après cet épisode, au point que le Dr C. envisageait un essai de diminuer légèrement la médication psychotrope, sous surveillance de l'équipe du Foyer B., afin d'une part de répondre aux plaintes de X. en relation avec les effets sédatifs et sur sa vie intime de l'Olanzapine et d'autre part d'éviter qu'à moyen ou à long terme la dose prescrite favorise une recrudescence des symptômes psychotiques et influence négativement son seuil de frustration bas. En conclusion, le Dr C. retenait: "[...] une évolution positive est constatée chez X. Son état psychique, parfois fluctuant, reste néanmoins stable. Il garde une abstinence aux toxiques. Il continue à travailler régulièrement voire à un taux un peu plus élevé. Il n'a pas récidivé. La nouvelle étape d'intégrer un appartement protégé pourrait être envisagée du point de vue psychiatrique, à la condition qu'il se soumette très régulièrement aux prises de sang pour contrôler sa compliance médicamenteuse". Dans le rapport délivré le 6 novembre 2012 par le Foyer B., on apprend que le comportement de X. concernant la prise de son traitement neuroleptique n'est, aux yeux du personnel encadrant, "pas rassurant pour le moment". Il a en particulier été surpris en train de dissimuler son médicament, puis a refusé les prises de sang de contrôle – au motif qu'il avait chuté en scooter et avait besoin de son sang pour que ses plaies guérissent –, de même qu'à un passage un traitement injectable – du fait de sa peur des seringues. L'intéressé démontrait avoir des difficultés à respecter le programme de sorties qu'il avait pourtant lui-même établi (rentrées tardives, maladie fictive pour ne pas se rendre à son travail, fausses affirmations quant à l'occupation de son temps et sa localisation), ce qui a nécessité une réévaluation de la situation à début

septembre 2012. Le personnel du foyer pense en outre qu'il amène des substances illicites au sein de celui-ci, malgré le rappel des règles à cet égard. Finalement, X. dit désormais ne plus souhaiter intégrer un appartement protégé pour le moment, le rapport soulignant qu'il apparaît nécessaire qu'il poursuive la prise régulière de son traitement. Par ailleurs, si H., qui suit X. dans le cadre de la mesure de protection de l'adulte dont il bénéficie, considère le comportement de son pupille comme satisfaisant dans la perspective de la mesure de protection, il "trouve la perception qu'il a de sa situation préoccupante". En effet, les réflexions de X. lui font craindre qu'il n'a toujours pas pris conscience de sa maladie ou qu'il n'en connaît pas la nature, ayant de son traitement médical une vision erronée en ce sens qu'il en escompte la diminution puis l'arrêt à terme. A cet égard, "X. ayant cette croyance à l'esprit (un bon comportement mérite une diminution de la médication), il [...] semble que sa situation pourra difficilement se passer des garde-fous actuels, ce qui porte préjudice à l'évolution de son autonomie. Ainsi, tant que X. n'arrive pas à concevoir et accepter qu'il soit atteint d'une maladie incurable qui nécessite un traitement, certainement à vie, il est difficile d'imaginer une autre prise en charge que celle qu'on connaît actuellement". On constate donc que les avis – médicaux et du cadre social – mettent en évidence les difficultés que X. rencontre avec l'acceptation de sa maladie – dont la gravité nécessite un traitement continu, probablement à vie –, avec sa compliance médicamenteuse – qui, si elle reste satisfaisante, ne l'a pas été uniformément, au vu des écarts relevés – et avec son adaptation aux mesures sociales qui sont censées le soutenir – X. cherche des occasions pour se soustraire aux contraintes qui sont exigées de lui. Cette tendance s'est encore révélée durant le courant de l'année 2012 et si X. n'a pas récidivé depuis 2010, cela est certainement le résultat de son traitement et de la surveillance étroite dont il fait l'objet, tout flottement de son comportement étant rapidement décelé et compensé. Il va sans dire que si la structure mise en place jusqu'à ce jour s'effritait – d'autant plus que X. semble ne plus avoir de travail depuis la fin du mois de mars 2013 –, la prévention des rechutes sociales et de la récidive pénale deviendrait totalement aléatoire, ce qui n'exclut cependant pas d'emblée des tentatives d'assouplissement mûrement réfléchies et soigneusement mises en place, dans le cadre de la mesure thérapeutique. En revanche, la levée de la mesure ou, dans le cadre de la présente procédure, la non prolongation de celle-ci rendrait le risque de récidive tout à fait actuel, tant il apparaît que celui-ci n'est diminué que par la médication adaptée et suivie de X. Or sans contrôle de la prise régulière de médicaments adaptés, on peut très sérieusement craindre que les tentatives de celui-ci de s'y soustraire alors même qu'il se trouvait soumis à un cadre strict puissent aboutir, sachant au surplus qu'il se plaint de ses effets sédatifs et sur sa vie intime. Seule une mesure thérapeutique du type de celle dont a bénéficié X. depuis la décision du 9 avril 2008 est susceptible de répondre à ses besoins, une simple assistance de probation étant manifestement insuffisante. La mesure conserve une utilité certaine, démontrée par les faits, non seulement par l'absence de récidive depuis 2010, mais également par l'efficacité de la réaction lorsque le comportement de X. devient inquiétant, ce qui a permis de (re)compenser son trouble lorsque cela fut nécessaire. Le fait même qu'un assouplissement du cadre soit envisagé, par le passage en appartement protégé malgré la détermination fluctuante de l'intéressé à cet égard démontre que la mesure s'inscrit – malgré la perspective de traitement sur le très long terme ou même à vie et les rechutes constatées – dans une dynamique de progrès par rapport à la gestion médicale et sociale des troubles. Dans cette perspective, le besoin de prolongation de la mesure ne fait aucun doute, si bien que l'appréciation du premier juge ne prête pas flanc à la critique.

### **E. 7**

L'affirmation du recourant selon laquelle l'encadrement qui lui est offert au sein du Foyer B. relèverait purement de l'"administration statique et conservatoire de soins", avec pour conséquence que cet établissement ne répond pas aux exigences de la mesure thérapeutique institutionnelle telle qu'imaginée par le législateur fédéral, est directement contredite par le dossier. Non seulement le Dr D., appelé à se prononcer spécifiquement sur cette question dans son rapport du 21 septembre 2010 a jugé le placement au Foyer B. et le cadre mis en place avant l'incarcération comme adapté et le suivi thérapeutique comme optimal, mais les autres intervenants soulignent à la fois l'évolution de X. vers une stabilisation (preuve que le traitement n'est pas seulement statique et conservatoire) et les interventions couronnées de succès en cas de déviance du cadre (preuve que le cadre répond aux besoins notamment en compensant le patient lorsque cela est nécessaire). Les critiques à l'encontre de l'adéquation de l'établissement dans lequel la mesure est aujourd'hui mise en œuvre sont donc mal fondées.

### **E. 8**

Reste à voir si la prolongation de la mesure pour cinq ans reste compatible avec le principe de la proportionnalité, ce que le recourant conteste. Les avis médicaux retiennent tous que la problématique psychiatrique de X. est lourde et incurable en l'état actuel des connaissances. Si la médication adaptée permet une bonne compensation des troubles, il n'en demeure pas moins qu'elle s'envisage sur le (très) long terme, peut-être même à vie. Certes, des assouplissements du cadre soutenant sont envisagés – et le sont du reste, avec l'aval de la commission de dangerosité -, il n'en demeure pas moins qu'ils ne s'inscrivent sans aucun doute que dans un processus par étapes, progressif et nécessitant une évaluation régulière. La prolongation de la mesure pour une durée de cinq ans comme l'a prononcée le premier juge doit se comprendre dans cette optique et est conforme au principe de la proportionnalité, tant il est vrai que si l'on peut imaginer un assouplissement, voire ne pas exclure d'emblée - à un terme qu'il est très difficile à évaluer - une libération conditionnelle de la mesure, on ne saurait actuellement laisser X. sans mesure thérapeutique de long terme, voire seulement avec une assistance de probation ou une mesure ambulatoire, que le Dr. D. jugeait du reste insuffisante. Sous cet angle également, l'appréciation du premier juge peut être confirmée.

### **E. 9**

Vu ce qui précède, le recours est rejeté, aux frais de son auteur. Il n'est pas alloué de dépens (selon l'arrêt du TF du 14.08.2012 [6B\_753/2011 ], il n'y a du reste pas lieu à allocation de dépens lorsque le prévenu est au bénéfice de l'assistance judiciaire). Par ordonnance du 16 avril 2013, rendue par le premier juge, Me I. a été désigné comme défenseur d'office de X., au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui ne peut être retirée durant la procédure de recours (art. 134 CPP a contrario); le défenseur d'office doit être indemnisé à ce titre.

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