

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

PM/994/2011

AARP/212/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre pénale d'appel et de révision**

**Arrêt du 9 mai 2013**

Entre

X\_\_\_\_\_, comparant par M<sup>e</sup> Pierre BAYENET, avocat, rue Verdaine 6, case postale 3215,  
1211 Genève,

appelant,

contre le jugement JTPM/145/2012 rendu le 10 janvier 2012 par le Tribunal d'application  
des peines et des mesures,

et

**LE MINISTÈRE PUBLIC** de la République et canton de Genève, route de Chancy 6b,  
case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimé.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à l'autorité inférieure et au SAPEM  
le 14 mai 2013

Copie : OCP

---

**EN FAIT :**

**A. a.** Par jugement du 10 janvier 2012, notifié le 1<sup>er</sup> février 2012, le Tribunal d'application des peines et des mesures (ci-après : le TAPEM) a ordonné la révocation de la libération conditionnelle de l'internement de X\_\_\_\_\_ et sa réintégration dans la mesure de l'internement, constaté que la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé qui avait été ordonnée durant le délai d'épreuve s'était soldée par un échec et invité le Service de l'application des peines et mesures (ci-après : le SAPEM) à trouver un autre établissement pénitentiaire susceptible d'accueillir le plus rapidement possible X\_\_\_\_\_ afin de le changer de lieu de vie.

**b.** Par courrier de son conseil du 2 février 2012, X\_\_\_\_\_ a annoncé appeler de ce jugement et, en date du 21 février 2012, a déposé un appel motivé devant la Chambre pénale d'appel et de révision (art. 399 al. 1 et 3 du Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 [CPP ; RS 312.0]).

**B.** Il ressort du dossier les faits pertinents suivants :

**a.a.** Le 15 février 2005, dans les locaux de l'Université de Genève, X\_\_\_\_\_ a menacé d'un couteau un individu qui lui était inconnu, croyant que celui-ci travaillait pour les services de renseignements ou pour la police. Lorsque les gendarmes ont intimé à X\_\_\_\_\_ de lâcher son arme, celui-ci a immédiatement obtempéré (P/3022/2005).

A\_\_\_\_\_ a expliqué à la police qu'il s'était trouvé à un moment donné en face de X\_\_\_\_\_, qu'il n'avait jamais vu, qui lui avait dit de faire attention, puis avait fouillé dans un sac et en avait sorti un couteau de cuisine; l'homme s'était jeté sur lui avec la pointe du couteau en avant. Le témoin avait alors reculé en levant la jambe pour garder une certaine distance de sécurité tandis que l'inconnu avait fait plusieurs mouvements de haut en bas et « en pique » pour essayer de lui planter le couteau. Il avait continué sa fuite en arrière puis avait saisi une chaise qu'il avait mise entre lui et son agresseur pour se protéger. Un individu était sorti de la bibliothèque et avait invité X\_\_\_\_\_ à se calmer en ajoutant qu'il avait appelé la police. L'agresseur s'était alors calmé sans toutefois lâcher le couteau et avait commencé à parler d'histoires avec des agents secrets. La victime a ajouté qu'il avait une légère douleur au pouce gauche.

Un étudiant qui travaillait à la bibliothèque avait vu un homme de couleur se faire agresser par un inconnu qui tenait un couteau dans sa main et faisait des mouvements « en pique » et « en slash » (mouvements à 45° de gauche à droite et inversement). Il

était sorti pour prêter secours à la victime et avait donné un coup de pied à l'agresseur dans son dos, afin de le déstabiliser. Ce dernier avait fait demi-tour, le couteau à la main et avait entamé un mouvement d'attaque dans sa direction. Lorsque l'étudiant avait enjoint à X\_\_\_\_\_ de lâcher son couteau, celui-ci s'était mis dans un coin du couloir, sur la défensive, et n'avait plus menacé personne.

Le 16 février 2005, le Juge d'instruction a inculpé X\_\_\_\_\_ de menaces, subsidiairement de tentative de meurtre, et l'a placé en détention préventive. Il a ordonné, le 14 mars suivant, une expertise psychiatrique de l'intéressé.

Le 21 juin 2005, la Chambre d'accusation a ordonné la libération provisoire de X\_\_\_\_\_, à sa demande, à la condition expresse qu'il ne prenne contact d'aucune façon avec l'homme qu'il avait agressé le 15 février 2005.

**a.b.** Le 1<sup>er</sup> décembre 2005, X\_\_\_\_\_ a été inculpé, à titre complémentaire, de menaces alarmant la population et de provocation publique au crime ou à la violence pour avoir envoyé par Internet, notamment sur des sites djihadistes et islamistes, des messages incitant à la violence, notamment un e-mail intitulé "La Suisse - L'ennemi le plus méprisable de l'Islam". Il a été également inculpé d'injures et de menaces pour avoir traité, dans des e-mails envoyés à plusieurs destinataires, une conseillère d'Etat genevoise, de "fille de putain" et de "chrétienne et fille de putain". Le Juge d'instruction a décidé de placer le prévenu en détention préventive. Le 28 avril 2006, la Chambre d'accusation l'a libéré, considérant que les cinq mois de détention préventive subis semblaient proches de la peine susceptible d'être prononcée pour les faits à l'origine de l'inculpation complémentaire du 1<sup>er</sup> décembre 2005.

**a.c.** Dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2006, le professeur B\_\_\_\_\_ a noté qu'il n'avait pas été en mesure de s'entretenir avec l'expertisé et s'était fondé sur ses déclarations à la police et sur les lettres qu'il avait envoyées à de nombreuses personnalités ou services. L'expertisé avait aussi été hospitalisé à Belle-Idée, contre son gré, du 10 au 30 novembre 2005. Durant ce séjour, il avait refusé de collaborer avec les médecins et de communiquer avec l'équipe soignante et s'était montré respectueux et laconique. Aucun trouble dans la construction des phrases n'avait été observé. Il avait aussi été placé en chambre fermée à plusieurs reprises, pour des motifs de sécurité. Aucun traitement n'avait été administré.

Pour l'expert, X\_\_\_\_\_ souffrait depuis l'été 2004 d'un trouble délirant persécutoire, devenu chronique, assimilable à une maladie mentale. L'attaque de X\_\_\_\_\_ sur un inconnu à l'Université, le 15 février 2005, était directement liée au vécu délirant de l'expertisé, qui se croyait victime d'inconnus. Pour cet acte d'agression, il était irresponsable, car il avait pu agir en légitime défense et ignorer, pour des raisons psychiatriques, que son acte était illicite. Quant aux autres actes qui lui étaient

reprochés, en relation avec ses écrits menaçants et incitatifs, la responsabilité était diminuée. L'expertisé présentait un risque élevé de comportements hétéro-agressifs, qui concernait principalement des personnes inconnues qu'il pouvait croiser dans la rue et avait besoin d'un traitement psychiatrique à long terme, sous forme d'hospitalisation, de traitement médicamenteux et de psychothérapie. Toutefois, ce traitement n'était pas possible sans sa collaboration.

A l'audience d'instruction du 31 juillet 2006, à laquelle X\_\_\_\_\_ ne s'est pas présenté, l'expert a confirmé ses conclusions en ajoutant qu'il ne fallait pas sous-estimer la dangerosité de l'expertisé, les personnes ayant traité le dossier et dont l'inculpé pouvait connaître les noms étant potentiellement en danger.

**a.d.** Le 4 décembre 2006, le Ministère public a classé le volet du dossier relatif aux faits à l'origine de l'inculpation complémentaire du 1<sup>er</sup> décembre 2005 et a requis de la Chambre d'accusation le prononcé d'un non-lieu à l'encontre de X\_\_\_\_\_, compte tenu de son irresponsabilité.

La Chambre d'accusation a tenu ses débats le 23 janvier 2007, en l'absence de X\_\_\_\_\_. Par ordonnance du 30 janvier 2007, elle a constaté l'irresponsabilité de X\_\_\_\_\_, prononcé un non-lieu et ordonné son internement.

**b.** Le 12 mars 2007, X\_\_\_\_\_ a été arrêté et incarcéré à la prison de Champ-Dollon, en vue de l'exécution de la mesure.

**c.** Le 6 août 2008, le Tribunal tutélaire, alerté par les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, de l'unité de psychiatrie pénitentiaire de Champ-Dollon, qui avaient observé que le patient ne sortait quasiment plus de sa cellule, affichait une attitude d'opposition et réagissait avec agressivité physique aux différentes tentatives de contact, a prononcé l'interdiction de X\_\_\_\_\_ et lui a désigné un tuteur.

**d.a.** Lors du premier contrôle de la mesure d'internement, le TAPEM a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 24 février 2009, la doctoresse E\_\_\_\_\_ a observé que l'expertise avait été réalisée exclusivement sur dossier, à l'instar de la précédente, X\_\_\_\_\_ ayant refusé catégoriquement d'entrer en contact avec elle, malgré une rencontre dans sa cellule en août 2009 (recte : 2008). L'expertisé avait refusé de s'entretenir avec l'expert et avait prononcé le mot "dégage" sur un ton irrité à deux reprises.

X\_\_\_\_\_ refusait tout soin. Il avait fait plusieurs jours de cellule forte en 2007 pour menaces, refus d'obtempérer et agression des gardiens (il leur avait notamment jeté son plateau repas à la figure). Il avait été placé en régime de haute sécurité. Toujours

en 2007, il avait été hospitalisé à l'unité carcérale psychiatrique (UCP) à quatre reprises, en raison notamment d'une irritabilité croissante. L'expertisé refusait toute promenade et tout contact avec autrui, mais écoutait les instructions sans répondre. Il n'apparaissait pas complètement déconnecté de la réalité dans la mesure où il était capable, si nécessaire, de s'habiller et de se préparer, notamment pour certaines audiences devant les tribunaux, ce qui permettait de déduire que sa compréhension de son environnement et des événements était préservée, mais qu'il restait, la très grande majorité du temps, dans un refus et une opposition massifs. Depuis sa dernière hospitalisation en octobre 2008, il n'y avait pas eu d'autre acte auto ou hétéro-agressif, ni d'aggravation de son état en apparence. Il n'avait pas proféré de menaces ni rédigé de courriers revendicateurs ou menaçants.

L'expert a confirmé la présence d'un trouble délirant persistant, soit une pathologie mentale grave, chronique, non reconnue par lui et non traitée, avec une composante hétéro-agressive imprévisible et importante. Depuis plusieurs années, les soins psychiatriques étaient impossibles à mettre en œuvre en raison du refus obstiné de l'expertisé. Les quatre hospitalisations en 2007 et en 2008 avaient entraîné peu d'améliorations chez l'expertisé, sauf la troisième, en décembre 2007, qui avait été un peu plus longue et qui avait fait apparaître que l'expertisé, suite à plusieurs injections de neuroleptiques sous contrainte, avait présenté une discrète amélioration sous la forme d'un contact possible avec autrui et une meilleure prise en charge de ses besoins de base par lui-même (hygiène, soins corporels).

Le risque de récurrence était le même qu'en 2006 et restait élevé en l'absence de prise en charge. Il n'y avait pas d'amélioration spontanée à espérer ni de sollicitation à attendre de la part de l'expertisé pour des soins. Le risque évolutif à craindre était une aggravation des aspects déficitaires de l'expertisé, de compensations psychotiques graves et des passages à l'acte hétéro-agressifs. Cependant, dans la mesure où le milieu carcéral pouvait être source d'aggravation de pathologies psychiatriques, en particulier psychotiques, le risque d'aggravation augmentait encore avec une incarcération prolongée. Il était indiqué que l'expertisé bénéficie d'une prise en charge psychiatrique longue, constante, comportant certes un risque de violence mais pouvant permettre l'administration régulière d'un traitement neuroleptique injectable. Idéalement, il s'agirait d'un espace médicalisé, très contenant, sécurisé, qui permettrait l'administration rapide d'un traitement sous contrainte, dès que nécessaire. Selon l'expert, l'internement devait être levé au bénéfice d'un traitement institutionnel en milieu fermé, afin que l'expertisé puisse accéder à des soins psychiatriques et notamment à une médication régulière. L'unité carcérale psychiatrique pouvait accueillir l'expertisé régulièrement pour des périodes de plusieurs semaines, en attendant un établissement de type Curabilis.

**d.b.** Par jugement du 24 avril 2009, le TAPEM a levé conditionnellement l'internement de X\_\_\_\_\_, fixé le délai d'épreuve à 5 ans, ordonné que ce dernier soit soumis à une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, devant être exécutée autant que possible à l'UCP ou dans un établissement similaire, dans l'attente d'un établissement de type Curabilis.

**e.a.** Le 18 mai 2010, le Procureur général a requis du TAPEM la poursuite du traitement institutionnel en milieu fermé (PM/959/2010).

**e.b.** Selon un rapport des docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ daté du 21 décembre 2009, X\_\_\_\_\_ avait été admis à deux reprises à l'UCP durant l'année 2009 en raison de décompensations psychotiques sur un mode délirant. Lors de son premier séjour, du 31 juillet au 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.c.** Selon un préavis du SAPEM du 10 mai 2010, X\_\_\_\_\_ avait émis le souhait d'être transféré à la Clinique de Belle-Idée, mais refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique. Le traitement institutionnel devait être poursuivi en milieu fermé, à défaut de nouvelle expertise entreprise en accord avec X\_\_\_\_\_.

**e.d.** X\_\_\_\_\_ a refusé de se présenter à l'audience du 18 juin 2010 devant le TAPEM. Sa tutrice a été entendue et a indiqué que son pupille refusait de la voir.

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

**f.a.** X\_\_\_\_\_ ayant adressé plusieurs courriers au TAPEM entre août et septembre 2010, afin d'obtenir la levée du traitement institutionnel, une nouvelle procédure a été diligentée (PM/1493/2010). Le Procureur général a requis, de son côté, la poursuite du traitement institutionnel en milieu fermé (PM/1714/2010). Cette seconde procédure a été jointe à la PM/1493/2010.

**f.b.** Dans un certificat du 6 septembre 2010, le docteur C\_\_\_\_\_ a expliqué que la situation du patient n'avait pas fondamentalement changé depuis la dernière évaluation de décembre 2009. Toutefois, X\_\_\_\_\_, qui avait d'abord accepté de se rendre toutes les semaines à des entretiens, avait fini par montrer une certaine

lassitude et n'avait plus voulu de contact avec l'unité médicale, en dehors des urgences.

**f.c.** Le SAPEM, dans un préavis du 16 septembre 2010, a préconisé la poursuite du traitement institutionnel en milieu fermé. X\_\_\_\_\_ avait interrompu le suivi psychothérapeutique avec le docteur C\_\_\_\_\_ et la situation de l'intéressé, qui observait un jeûne de protestation depuis le 20 août 2010, s'était détériorée. Un changement de mesure ne pouvait être envisagé que moyennant la mise en place d'une nouvelle expertise et la collaboration de l'intéressé.

**f.d.** Par jugement du 22 octobre 2010, le TAPEM a ordonné la poursuite du traitement institutionnel en milieu fermé ainsi que l'administration de neuroleptiques par la contrainte, si nécessaire.

**g.a.** En mai 2011, X\_\_\_\_\_ 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). Il a demandé l'audition d'anciens conseillers fédéraux. Son courrier totalisait environ 200 pages manuscrites. D'autres courriers ont suivi, comportant également un nombre considérable de pages manuscrites. M<sup>e</sup> Pierre BAYENET a été désigné défenseur d'office de l'intéressé le 24 août 2011.

Le 5 septembre 2011, le Ministère public a saisi le TAPEM d'une requête tendant à la réintégration de X\_\_\_\_\_ dans la mesure d'internement (PM/1309/2011). Les deux procédures ont été jointes sous la PM/994/2011.

**g.b.** Pour le SAPEM, le traitement institutionnel en milieu fermé était inapplicable et une mesure d'internement semblait plus adaptée, le potentiel de dangerosité de X\_\_\_\_\_ n'étant pas quantifiable.

**g.c.** Selon un certificat médical du 8 juillet 2011 du docteur F\_\_\_\_\_, de l'unité de psychiatrie pénitentiaire de Champ-Dollon, X\_\_\_\_\_ refusait systématiquement de consulter un médecin psychiatre et était vu à raison d'une fois par mois dans sa cellule. Il évitait tout contact visuel et restait mutique lorsqu'un psychiatre essayait de lui parler, voire lui ordonnait sur un ton agressif de quitter sa cellule. Il restait isolé, replié sur lui-même, sans contacts avec les autres détenus. Les gardiens ne notaient pas de comportement agressif ni suicidaire. En raison d'une faible alimentation, il présentait régulièrement des carences vitaminiques et des troubles électrolytiques, qui faisaient obstacle à l'administration de neuroleptiques.

**g.d.** La commission d'évaluation de la dangerosité, dans un préavis du 26 juillet 2011, a considéré que X\_\_\_\_\_ présentait un caractère dangereux pour la société, la

mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'étant pas nécessaire dans la mesure où l'intéressé refusait de communiquer avec l'expert.

**g.e.** Dans un certificat médical du 1<sup>er</sup> novembre 2011, les docteurs F\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, pour les aspects psychiatriques, et les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, pour les aspects somatiques, ont précisé que l'attitude de X\_\_\_\_\_, 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 1<sup>er</sup> 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 certificat avaient notamment des répercussions sur le rythme cardiaque (risque d'hypokaliémie). L'administration de neuroleptiques aggravait la situation. X\_\_\_\_\_ avait recommencé à s'alimenter depuis que ses repas étaient emballés hermétiquement dans du sagex.

**g.f** Les docteurs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont été entendus par le TAPEM le 10 janvier 2012.

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 H\_\_\_\_\_, 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 X\_\_\_\_\_ lorsqu'il était en prison, 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 H\_\_\_\_\_ a confirmé 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 X\_\_\_\_\_ 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 X\_\_\_\_\_ de cracher en direction de ses collaborateurs 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.

**C. a.** Dans sa déclaration d'appel, se présentant sous la forme d'un mémoire motivé, X\_\_\_\_\_ conclut, à titre préalable, à l'audition de la directrice du SAPEM, des docteurs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ainsi que du directeur de la prison de Champ-Dollon, et à la mise en place d'une expertise de dangerosité. Sur le fond, il conclut à l'annulation du jugement entrepris, au maintien de la libération conditionnelle de l'internement, à ce que la Cour constate la nullité du jugement du TAPEM du 24 avril 2009 en tant qu'il ordonne une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, subsidiairement à la levée de la mesure thérapeutique institutionnelle et à la condamnation de l'Etat de Genève en tous les dépens, comprenant une indemnité de CHF 12'000.- pour ses frais de défense.

**b.** Par ordonnance présidentielle du 12 avril 2012, une expertise psychiatrique de X\_\_\_\_\_ a été ordonnée, de même que l'apport des procédures PM/13/2008, PM/959/2010 et PM/1493/2010 requis par le conseil de l'appelant par courrier du 15 mars 2012. La mission d'expertise a été confiée, par mandat du 8 mai 2012, au docteur I\_\_\_\_\_, expert principal, et au professeur J\_\_\_\_\_, co-expert, après que les parties aient été entendues sur le choix des experts et sur le contenu de la mission.

c. Dans leur rapport du 29 novembre 2012, le docteur I\_\_\_\_\_ et le professeur J\_\_\_\_\_ ont noté que l'expertise ne reposait sur aucune constatation clinique, dans la mesure où ils n'avaient pas obtenu l'autorisation d'accéder à la cellule, suite au refus de l'expertisé de descendre au parloir de la prison.

Les experts ont souligné la complexité de la situation de X\_\_\_\_\_ et le caractère incertain d'une évaluation de sa dangerosité, imputable à l'absence de rencontre clinique, à l'insuffisance des informations biographiques et à la trajectoire de vie particulière de l'expertisé, qui aurait occupé des fonctions politiques dans son pays et, devenu gênant, avait été accueilli en Suisse comme réfugié.

Le diagnostic de trouble délirant persistant (F22), qualifié de sévère, déjà posé par les précédentes expertises, a été confirmé.

Au sujet du risque de passage à l'acte violent, les experts ont observé qu'habituellement, une telle évaluation repose avant tout sur l'analyse des actes réels commis antérieurement par le sujet et des circonstances de ceux-ci. Or, en l'espèce, pour les experts "prédire la survenance nouvelle d'actes non commis antérieurement relève davantage de la divination que de l'évaluation prédictive". Dans le cas de X\_\_\_\_\_, les actes qui avaient été qualifiés sur un plan juridique de tentative de meurtre avaient résulté dans les faits en une légère blessure à un pouce. Par ailleurs, à teneur du dossier, l'expertisé n'avait jamais blessé grièvement quelqu'un dans le cadre de sa pathologie. L'inquiétude qu'il puisse le faire était cependant manifeste dans les années 2004 à 2005 dans un contexte politique et policier. Elle était aussi relayée par la première expertise de 2005 et par les manifestations d'irritabilité, voire d'agressivité, manifestées par l'expertisé en prison, en relation avec sa pathologie, qui n'étaient cependant pas allées au-delà de menaces verbales, d'insultes et de crachats. Le risque de violence était en lien avec "l'interprétativité à caractère persécutoire" présentée par l'expertisé qui avait le sentiment de devoir se défendre face à ce qu'il percevait être des menaces ou des attaques. Selon les experts, "cette altération de la compréhension de la réalité, associée au déni du potentiel de violence intrinsèque, fondent la part principale des inquiétudes quant à la commission ultérieure d'un acte de violence par Monsieur X\_\_\_\_\_. La survenue d'un tel acte cependant, apparaît comme imprévisible et donc peu prédictible. Monsieur X\_\_\_\_\_ a donc manifesté dans les faits une réalité de violence aux conséquences peu élevées, mais continue de susciter des craintes d'un potentiel et d'une violence plus marquée. Cette crainte est sans doute à relier à la dimension d'imprévisibilité qu'implique la présence du trouble mental."

Les experts ont souligné l'importance du cadre de vie dans l'appréciation de la dangerosité, dès lors qu'un environnement perçu comme menaçant donne prise aux interprétations délirantes et accroît le risque de manifestations de violence.

En réponse aux questions posées, les experts ont retenu que X\_\_\_\_\_ 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."

Au sujet du traitement, l'expertise a relevé qu'une médication psychotrope, neuroleptique, était souvent peu satisfaisante mais non négligeable. L'espoir de briser la résistance pathologique par une médication imposée, même de longue durée, n'était pas considéré comme une alternative crédible d'un point de vue thérapeutique. Un traitement psychiatrique intégré, de longue durée, comprenant une composante pharmacologique et une composante psychothérapeutique, se déroulant dans un environnement adapté, représentait la seule solution adéquate, même si ses chances de succès restaient faibles, au vu de l'évolution antérieure, mais n'apparaissaient pas nulles.

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.

Selon les experts, l'environnement carcéral n'était pas adapté et un changement d'établissement de détention ne paraissait donc pas susceptible d'apporter une réponse supplémentaire, seule la dimension sécuritaire y trouvant son compte. Comme préconisé déjà en 2009 par la doctoresse E\_\_\_\_\_, c'était un environnement thérapeutique auquel il fallait avoir recours. Lors de l'hospitalisation la plus longue de l'expertisé, de trente-huit jours, une ébauche de meilleure collaboration avait pu être observée. Cette période ne s'était cependant pas prolongée suffisamment pour en tirer des conclusions définitives. C'était un établissement de soins ou de mesure qui était le plus adapté d'un point de vue thérapeutique, un traitement en milieu carcéral étant voué à l'échec.

Dans un établissement psychiatrique, le risque de commission d'actes hétéro-agressifs n'était pas à exclure. La situation était marquée par une importante part d'imprévisibilité et une forte incertitude. Le risque était lié au vécu persécutoire pathologique et conséquemment au besoin que l'expertisé pouvait ressentir de se défendre de menaces ou d'attaques perçues comme telles par lui. Un cadre suffisamment sécurisé mais à vocation principalement thérapeutique, psychiatrique et somatique, était selon les experts nécessaire compte tenu de la pathologie présentée par l'expertisé. Dans un premier temps, il s'agirait d'un établissement à vocation thérapeutique, mais fermé.

**d.a.** Dans ses observations du 3 décembre 2012, le conseil de X\_\_\_\_\_ a requis un complément d'expertise, afin qu'il soit répondu à la question de savoir quels étaient les établissements remplissant concrètement les conditions nécessaires pour assurer le suivi thérapeutique de l'appelant. Les experts étaient par ailleurs invités à rencontrer l'expertisé, en vue de son examen.

**d.b.** Le Ministère public, dans sa détermination du 21 décembre 2012, a conclu au rejet de l'appel et à la confirmation du jugement entrepris. Les experts avaient conclu à la nécessité d'une prise en charge thérapeutique de X\_\_\_\_\_ dans un milieu adéquat et sécurisé, tout en admettant qu'en l'état des circonstances, l'expertisé n'était pas éligible à un tel traitement. Ils n'avaient par ailleurs pas indiqué quel établissement pouvait offrir une prise en charge adaptée.

**e.** Le directeur de la prison de Champ-Dollon, par courrier du 9 janvier 2013, a autorisé les experts, à la demande de la direction de la procédure de la juridiction d'appel, à rencontrer X\_\_\_\_\_ dans sa cellule.

**f.** Par courrier présidentiel du 11 janvier 2013, les experts ont été invités à examiner X\_\_\_\_\_ dans sa cellule et à compléter le cas échéant leurs conclusions, ainsi qu'à désigner les établissements existants en Suisse susceptibles d'offrir les soins nécessaires dans des conditions de sécurité adéquates.

**g.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013, les experts ont décrit leur rencontre du 4 février 2013 avec l'expertisé, qui avait duré une quinzaine de minutes et s'était déroulée dans sa cellule. Les deux médecins n'ont décelé dans le regard de l'expertisé, lequel n'avait pas dit un mot durant toute l'entrevue, aucune animosité, mais plutôt une vive curiosité, voire un intérêt. Ils ont eu l'impression que X\_\_\_\_\_ restait attentif aux paroles et les comprenait. Au bout de quelques minutes, l'expertisé, qui était assis à une table en train d'écrire, s'est allongé sur son lit, a remonté sa couverture et fermé les yeux, en donnant l'impression qu'il exprimait ainsi son refus d'entrer en contact avec les experts, refus sans compromis mais aussi sans manifestation de violence.

Pour les experts, cette entrevue ne modifiait pas leurs conclusions sur le diagnostic. Au sujet de l'évaluation du risque de récurrence, ils ont relevé que si ce contact ne permettait pas une appréciation significativement plus précise, au vu des circonstances (absence de dialogue en particulier), il était apparu que X\_\_\_\_\_ avait pu manifester son opposition à leur présence sans ambiguïté, mais également sans manifestation ouverte d'agressivité ou d'hostilité. Par ailleurs, l'apparente fragilité physique de l'expertisé paraissait susceptible de diminuer son potentiel de violence. Ces éléments paraissaient de nature à modérer quelque peu la probabilité actuelle de survenue d'une telle occurrence.

Concernant l'établissement adapté, les experts ont estimé que la première étape devait être hospitalière, permettant également un suivi de l'état somatique de l'expertisé, ce qui était impératif en cas d'introduction d'un traitement neuroleptique. Compte tenu de l'état physique actuel de l'expertisé, un établissement psychiatrique hospitalier permettant un accueil dans la durée (au moins plusieurs mois) était suffisant, la nécessité d'un établissement fermé ayant perdu quelque peu son aspect impératif. A priori, tout établissement psychiatrique hospitalier suisse remplissait ces conditions. Dans une phase ultérieure, un lieu de vie protégé, tel qu'un foyer psychiatrique, pouvait être envisagé, en fonction de l'évolution de la situation.

**h.** En date du 5 mars 2013, le complément d'expertise a été communiqué aux parties, lesquelles ont été invitées, par courrier du 12 suivant, à déposer leurs observations ainsi qu'à faire savoir, le cas échéant, s'ils entendaient requérir la tenue d'une audience.

**i.a.** Dans ses observations du 18 mars 2013, le Ministère public conclut à la prolongation du traitement institutionnel en milieu fermé, cette mesure permettant de concilier la nécessité de prodiguer des soins à X\_\_\_\_\_ et celle de préserver la sécurité publique. Un établissement de type Curabilis constituait le lieu approprié, X\_\_\_\_\_ pouvant dans l'intervalle être transféré dans un autre lieu de détention afin de marquer symboliquement le passage de l'internement à la mesure thérapeutique. Les dernières conclusions des experts tendant à préconiser un transfert dans un établissement psychiatrique hospitalier étaient en contradiction flagrante avec leur appréciation de la dangerosité et de l'imprévisibilité d'un possible passage à l'acte de l'expertisé.

**i.b.** X\_\_\_\_\_ conclut à l'annulation du jugement entrepris, à ce que la nullité du jugement du TAPPEM du 24 avril 2009 soit constatée en tant qu'il ordonne une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé durant la libération conditionnelle de l'internement, subsidiairement au prononcé de sa libération conditionnelle de la mesure thérapeutique institutionnelle. Il demande également à la

Cour de constater que l'exécution de l'internement, respectivement de la mesure thérapeutique institutionnelle, à la prison de Champ-Dollon, a porté une atteinte illicite grave à ses droits fondamentaux et à sa personnalité, justifiant son indemnisation, à hauteur de CHF 400.- par jour passé à Champ-Dollon, un montant de CHF 16'000.- étant réclamé en sus pour ses frais de défense.

**j.** Par courrier de la direction de la procédure du 20 mars 2013, la Chambre de céans a transmis au Ministère public et à X\_\_\_\_\_ les observations de l'autre partie.

Dans la mesure où aucune réquisition de preuves n'avait été formulée après le dépôt de l'expertise complémentaire, les parties ont été informées que la cause serait retenue à juger dans un délai de sept jours dès réception du courrier de la Cour, sous réserve d'un éventuel échange de mémoires qui pouvait être requis dans le même délai.

### **EN DROIT :**

1. L'appel est recevable pour avoir été interjeté et motivé selon la forme et dans les délais prescrits (art. 398 et 399 CPP).
2. L'appelant soutient, dans un premier moyen, que le jugement du TAPEM du 24 avril 2009, en tant qu'il ordonne une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé durant la libération conditionnelle de l'internement, serait frappé de nullité.

**2.1.1** L'auteur est libéré conditionnellement de l'internement au sens de l'art. 64 al. 1 CP, dès qu'il est à prévoir qu'il se conduira correctement en liberté. Le délai d'épreuve est de deux à cinq ans. Une assistance de probation peut être ordonnée et des règles de conduite peuvent lui être imposées pour la durée de la mise à l'épreuve.

L'autorité compétente examine, d'office ou sur demande, au moins une fois par an et pour la première fois après une période de deux ans, si l'auteur peut être libéré conditionnellement de l'internement et, si tel est le cas, quand il peut l'être (art. 64b al. 1 let. a CP).

**2.1.2** Le droit des sanctions ne connaît plus le régime de la libération à l'essai (sans limite dans le temps) de l'internement mais différents régimes de libération conditionnelle (cf. art. 62 et 64a CP). Ainsi, si l'obligation de suivre un traitement ambulatoire et de se soumettre à une assistance de probation peut constituer une mesure ambulatoire au sens de l'art. 63 al. 2 CP, voire des modalités de la libération conditionnelle d'une mesure institutionnelle (art. 62 al. 3 CP), la loi ne prévoit pas la possibilité d'un tel traitement dans le cadre de la libération conditionnelle d'un

internement (art. 64a al. 1 CP ; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_102/09 du 14 avril 2009, consid. 4.3). A fortiori, le prononcé d'un traitement institutionnel semble difficilement compatible avec la libération conditionnelle d'un internement.

En effet, si une mesure au sens de l'art. 59 CP n'est pas d'emblée vouée à l'échec, un internement n'entre en principe pas en considération (art. 64 al. 1 let. b CP ; cf. M. NIGGLI / H. WIPRÄCHTIGER, *Basler Kommentar Strafrecht I : Art. 1-110 StGB, Jugendstrafgesetz*, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, n. 25 ad art. 64a CP ; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_102/09 du 14 avril 2009, consid. 4.3).

**2.1.3** Si, avant ou pendant l'exécution d'une peine privative de liberté ou d'un internement au sens de l'art. 64 al. 1 CP, le condamné réunit les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle prévues aux art. 59 à 61 CP, le juge peut ordonner cette mesure ultérieurement (art. 65 al. 1 CP).

La loi indique que le juge compétent est celui qui a prononcé la peine ou ordonné l'internement. Cette précision semble cependant résulter d'une inadvertance législative (R. ROTH / L. MOREILLON (éds), *Code pénal I : art. 1-100 CP*, Bâle 2009, n° 24 ad art. 65 CP).

**2.1.4** Une mesure thérapeutique institutionnelle peut aussi contribuer à garantir la sécurité publique de la même façon que l'internement, dans la mesure où elle peut être exécutée dans un établissement fermé ou dans un établissement pénitentiaire (art. 59 al. 3 CP ; ATF 134 IV 315 consid. 3.2). Ainsi, même si l'auteur est dangereux au sens de l'art. 64 al. 1 let. b CP, le juge doit ordonner une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP si cette mesure promet un certain succès. Ce n'est que lorsqu'il apparaît qu'un traitement selon l'art. 59 CP n'apportera pas le succès escompté que l'internement devra être ordonné (ATF 134 IV 315 consid. 3.5). Le fait que, s'il est interné, l'auteur sera soumis, si besoin est, à une prise en charge psychiatrique (art. 64 al. 4 phrase 3 CP), ne constitue pas un argument contre le prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle, car le traitement psychiatrique prévu par cette disposition se distingue du traitement thérapeutique au sens de l'art. 59 CP (ATF 134 IV 315 consid. 3.6).

**2.1.5** Pour ordonner une des mesures prévues aux art. 59 à 61, 63 et 64 CP ou en cas de changement de sanction au sens de l'art. 65 CP, le juge se fonde sur une expertise (art. 56 al. 3 CP), qui se détermine sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement, la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions, la nature de celles-ci et les possibilités de faire exécuter la mesure (art. 56 al. 3 let. a à c CP). Selon la jurisprudence, 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 consid. 4.2.3 p. 391 ; 129 I 49 consid. 4 p. 57 ; 128 I 81 consid. 2 p. 86).

**2.2.1** En l'espèce, par jugement du 24 avril 2009, le TAPEM a ordonné la libération conditionnelle de la mesure d'internement, fixé le délai d'épreuve à 5 ans et ordonné que l'appelant soit soumis à une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé durant le délai d'épreuve, laquelle devait être exécutée, dans la mesure du possible, à l'unité carcérale psychiatrique ou dans un établissement similaire, dans l'attente d'un établissement de type Curabilis.

Le TAPEM s'est fondé sur les conclusions de l'expertise de la doctoresse E\_\_\_\_\_, selon lesquelles un internement n'était pas indiqué et devait être levé au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, afin que l'appelant puisse bénéficier d'une médication régulière et d'un traitement neuroleptique injectable. Les premiers juges ont d'ailleurs observé que ce traitement devait être exécuté dans un espace médicalisé, très contenant, sécurisé, afin de permettre l'administration rapide d'un traitement neuroleptique même sous la contrainte.

Nonobstant son dispositif, la décision d'avril 2009 s'apparente davantage à un changement de sanction au sens de l'art. 65 al. 1 CP, dans la mesure où le prononcé d'un traitement institutionnel en milieu fermé durant le délai d'épreuve de la libération conditionnelle de l'internement ne semble pas être une solution conforme au système préconisé par le législateur (cf. *supra* 2.1.2). La libération conditionnelle de l'internement suppose d'ailleurs que l'on puisse prévoir que l'auteur se conduira correctement en liberté (art. 64a CP). Or, en l'espèce, l'appelant est demeuré dans le même établissement de détention, ce qui est difficilement compatible avec une libération conditionnelle.

**2.2.2** Le fait que le changement de sanction, prononcé en avril 2009, ait été décidé par le TAPEM, et non pas par le juge ayant prononcé l'internement, soit la Chambre d'accusation, n'entache pas la validité de cette décision, qui ne fut en son temps pas contestée. En effet, l'exigence posée par l'art. 65 al. 1 CP semble davantage procéder d'une inadvertance législative, comme relevé par la doctrine. Par ailleurs, la législation cantonale de l'époque conférait, comme aujourd'hui, la compétence d'ordonner un changement de sanction au TAPEM (art. 3 let. r de la Loi d'application du code pénal suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale du 17 novembre 2006 [aLaCP] et art. 3 let. v de la Loi d'application du code pénal suisse et d'autres lois fédérales en matière pénale du 27 août 2009 [LaCP ; RS E 4 10]).

**2.2.3** Le TAPEM ayant remplacé, par jugement du 24 avril 2009, l'internement par une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, la question d'une

éventuelle réintégration de l'internement s'examine, le cas échéant, à l'aune de l'art. 62c al. 4 CP et non pas en application de l'art. 64a al. 3 CP. Une révocation de la libération conditionnelle n'entre en revanche pas en ligne de compte, vu le changement de sanction opéré en 2009.

3. Dans un second moyen, l'appelant requiert le prononcé de la libération conditionnelle de la mesure thérapeutique institutionnelle, voire la levée de cette mesure.

**3.1.1** Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement thérapeutique institutionnel selon l'art. 59 CP, si celui-ci a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble (let. a) et qu'il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble (let. b).

Outre l'existence d'un grave trouble mental en relation avec l'infraction commise, il faut examiner l'adéquation de la mesure. Comme l'énonce l'art. 59 al. 1 let. b CP, il faut qu'il [soit] à prévoir que cette mesure détournera [l'auteur] de nouvelles infractions. Contrairement au traitement psychiatrique ordonné dans le cadre d'une mesure d'internement (art. 64 al. 4 in fine CP), la mesure thérapeutique au sens de l'art. 59 CP vise avant tout "un impact thérapeutique dynamique", et donc avec une amélioration du pronostic légal, et non la "simple administration statique et conservatoire" des soins (ATF 137 IV 201 consid. 1.3 p. 204 ; 134 IV 315 consid. 3.6). Selon la jurisprudence, il doit être suffisamment vraisemblable que le traitement entraînera, dans les cinq ans de sa durée normale, une réduction nette du risque que l'intéressé commette de nouvelles infractions. La seule possibilité vague d'une diminution du danger ne suffit pas (ATF 134 IV 315 ; arrêt 6B\_784/2010 du 2 décembre 2010, consid. 2.1). Pour que la mesure puisse atteindre son but, il faut que l'auteur contribue un minimum au traitement. Il ne faut toutefois pas poser des exigences trop élevées à la disposition minimale de l'intéressé à coopérer à la mesure (cf. ATF 123 IV 113 consid. 4c/dd concernant le placement en maison d'éducation au travail selon l'art. 100bis a CP ; M. NIGGLI / H. WIPRÄCHTIGER, *op.cit.*, n. 78 ad art. 59 CP). Il suffit que l'intéressé puisse être motivé (« motivierbar » ; arrêt 6B\_784/2010 du 2 décembre 2010, consid. 2.2.3).

**3.1.2** En règle générale, le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures (art. 59 al. 2 CP). L'art. 59 al. 3 CP prévoit que, tant qu'il existe un risque de fuite ou de récurrence, le traitement doit être exécuté dans un établissement fermé; il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76 al. 2 CP, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié (art. 59 al. 3 2e phrase CP).

Pour qu'un risque de fuite soit avéré, il faut que l'intéressé ait la ferme et durable intention de s'évader, en ayant recours à la force si nécessaire, et qu'il dispose des facultés intellectuelles, physiques et psychiques nécessaires pour pouvoir établir un plan et le mener à bien. Le fait que l'intéressé puisse tenter de s'enfuir sur un coup de tête et sans aucune préparation préalable ne suffit pas. Il est clair que le risque de fuite devra être lié à la crainte que le condamné puisse représenter une menace envers les tiers une fois en liberté. Il s'agit ici de la dangerosité externe du prévenu (arrêts du Tribunal fédéral 6B\_384/2010 du 15 septembre 2010, consid. 2.1.2 ; 6B\_629/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2.2).

Le risque de récidive doit être concret et hautement probable, c'est-à-dire résulter de l'appréciation d'une série de circonstances. Il vise cette fois la dangerosité interne du prévenu. Au regard du principe de la proportionnalité, le placement dans un établissement fermé ne peut être ordonné que lorsque le comportement ou l'état du condamné représente une grave mise en danger pour la sécurité et l'ordre dans l'établissement. Ce sera, par exemple, le cas d'un condamné qui profère des menaces bien précises ou qui combat sciemment l'ordre de l'établissement; en revanche, l'art. 59 al. 3 CP ne devrait pas s'appliquer à de simples difficultés de comportement ou à l'insoumission vis-à-vis des employés de l'établissement (arrêts du Tribunal fédéral 6B\_384/2010 du 15 septembre 2010, consid. 2.1.2 ; 6B\_629/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2.2).

**3.1.3** L'art. 59 al. 4 CP prévoit que la mesure thérapeutique institutionnelle 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 de nouveaux délits en relation avec son 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 137 IV 201 consid. 1.4 p. 204 ; 135 IV 139 consid. 2.1 p. 141). Dans ce cadre, elle ne connaît pas de limite maximale. Cette possibilité existe parce que les mesures thérapeutiques appliquées à des malades mentaux chroniques n'agissent souvent que très lentement (ATF 137 IV 201 consid. 1.4 p. 205 ; 134 IV 315 consid. 3.4.1 p. 321 s.).

**3.1.4** Conformément à l'art. 56 al. 6 CP, une mesure dont les conditions ne sont plus remplies doit être levée. Comme son prononcé suppose qu'elle soit propre à détourner l'auteur de la commission de nouvelles infractions en relation avec son grave trouble mental (cf. art. 59 al. 1 let. b CP), une mesure thérapeutique institutionnelle ne peut être maintenue que si elle conserve une chance de succès (cf. art. 62 c al. 1 let. a CP). 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. De manière générale, la levée d'une mesure en raison de son échec doit être admise de manière restrictive; il faut qu'elle soit vraiment inopérante (R. ROTH / L. MOREILLON (éds), *op. cit.*, n. 2 ad art. 62c CP ; M. NIGGLI / H. WIPRÄCHTIGER, *op.cit.*, n. 18 ad art. 62c CP ; ATF 123 IV 113 consid. 4a/dd p. 123 s. et 100 IV 205 consid. 4 p. 208 s. en relation avec le placement en maison d'éducation au travail prévu par l'ancien droit).

**3.2.1** L'auteur est libéré conditionnellement de l'exécution institutionnelle de la mesure dès que son état justifie de lui donner l'occasion de faire ses preuves en liberté (art. 62 al. 1 CP), le délai d'épreuve étant de un à cinq ans pour la libération conditionnelle d'un traitement institutionnel (art. 62 al. 2 CP).

**3.2.2** 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 (ATF 137 IV 201 consid. 1.3 p. 204).

Afin d'assurer la sécurité de la collectivité après la levée de la mesure, l'art. 62c al. 4 CP permet au juge de prononcer l'internement, à la double condition que la mesure de base ait été prononcée en raison d'une infraction prévue à l'art. 64 al. 1 CP et qu'il soit sérieusement à craindre que l'auteur ne commette une autre infraction mentionnée par cette dernière disposition.

**3.2.3** Le juge peut également lever une mesure thérapeutique institutionnelle, avant ou pendant son exécution, et ordonner, à la place, une autre mesure thérapeutique institutionnelle s'il est à prévoir que cette nouvelle mesure sera manifestement mieux à même de détourner l'auteur d'autres crimes ou délits en relation avec son état (art. 62c al. 6 CP).

Cette dernière disposition rappelle que le système mis en place par les articles 56 et ss CP se caractérise par le principe de la mobilité des mesures qui doit permettre de passer d'une sanction à une autre, en fonction de l'évolution du condamné, ainsi que par celui de la proportionnalité, qui impose de prononcer la mesure adéquate, nécessaire et qui présente une relation raisonnable entre le but envisagé et les moyens employés (art. 56 al. 2 CP).

**3.3** Les premiers juges ont estimé que le traitement institutionnel en milieu fermé, ordonné en avril 2009, s'était soldé par un échec, l'appelant refusant tout traitement ou alliance thérapeutique, de manière systématique et péremptoire.

**3.3.1** L'appelant souffre d'un grave trouble mental, soit d'un trouble délirant persistant, qualifié de sévère, lequel est en relation avec l'agression de février 2005, à l'origine de la mesure.

Selon les conclusions de l'expertise du 29 novembre 2012, X\_\_\_\_\_ n'est pas inaccessible à tout traitement. Le fait qu'il refuse de se faire soigner rend certes beaucoup plus difficile la mise en œuvre d'une thérapie mais n'est pas un empêchement absolu susceptible de conduire à l'échec garanti de toute intervention thérapeutique. Ce refus est d'ailleurs une conséquence de l'anosognosie, qui est l'une des manifestations de la maladie : l'appelant étant persuadé de ne pas être malade, il peut difficilement se soumettre volontairement à un traitement.

Pour les experts, un traitement psychiatrique intégré, de longue durée, comprenant une composante pharmacologique et une composante psychothérapeutique, se déroulant dans un environnement adéquat, représente la seule solution adaptée, même si ses chances de succès restent faibles, au vu de l'évolution antérieure, mais n'apparaissent pas nulles.

La Cour retient, sur le vu de ce qui précède, qu'un traitement institutionnel au sens de l'art. 59 CP n'est pas définitivement voué à l'échec. Partant, le prononcé d'une mesure d'internement, qui n'a pas de vocation thérapeutique et dont le seul but est de garantir la sécurité publique, n'entre, en l'état, pas en ligne de compte.

**3.3.2** Pour le docteur I\_\_\_\_\_ et le professeur J\_\_\_\_\_, il est constant que l'appelant nécessite des soins qui doivent être prodigués en milieu institutionnel, afin de le détourner de la commission de nouvelles infractions en relation avec son trouble. Ils ont écarté de manière catégorique le traitement ambulatoire, qui serait voué à l'échec au vu de l'opposition et de l'anosognosie du patient.

Pour les experts, l'infrastructure d'un établissement de détention et les contraintes du milieu carcéral ne permettent pas de prodiguer un traitement adéquat. Compte tenu de l'état de santé physique de l'appelant, qui s'est notablement détérioré, l'administration de neuroleptiques, même en cas de crise et sous la contrainte, n'est possible que dans un environnement hospitalier, permettant une surveillance médicale adéquate. Par ailleurs, seul un établissement à vocation thérapeutique fournit le cadre adapté à la mise en place de la thérapie intégrée préconisée par les experts. En outre, lors de l'hospitalisation la plus longue de l'expertisé, de trente-huit jours, une ébauche de meilleure collaboration avait pu être observée. Cette période ne s'était cependant pas prolongée suffisamment pour en tirer des conclusions définitives.

Au sujet du risque d'un éventuel passage à l'acte, les experts ont rappelé qu'il était difficile de prédire "la survenance nouvelle d'actes non commis antérieurement". En effet, dans le cas de l'appelant, les actes qui avaient été qualifiés sur un plan juridique de tentative de meurtre avaient abouti dans les faits en une légère blessure à un pouce. Par ailleurs, à teneur du dossier, l'expertisé n'avait jamais blessé grièvement quelqu'un dans le cadre de sa pathologie. Ainsi, l'appelant avait manifesté dans les faits une réalité de violence aux conséquences peu élevées, mais continuait de susciter des craintes d'un potentiel de violence plus marquée, liée à la dimension d'imprévisibilité intrinsèque au trouble mental. L'intensité du risque était très difficile à évaluer, mais en l'absence de tout traitement, le risque "*serait selon toute vraisemblance élevé*". Cependant, la survenue d'un tel acte apparaissait comme imprévisible et donc peu prédictible et, dans un environnement favorable et perçu comme non hostile, ce risque serait vraisemblablement amoindri.

Dans leur complément d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2013, les experts ont encore observé, après avoir rendu visite à l'appelant dans sa cellule, que celui-ci avait pu manifester son opposition à leur présence de manière claire et non ambiguë, mais également sans manifestation ouverte d'agressivité ou d'hostilité. Ils ont souligné l'apparente fragilité physique de l'appelant, qui diminuait, en l'état, le potentiel éventuel de violence. Ils ont ainsi modéré quelque peu la probabilité actuelle de survenue d'un acte de violence.

Compte tenu des conclusions des experts, interprétées à l'aide des explications fournies dans la discussion, la Cour retient que le risque de récidive présenté par l'appelant est théoriquement important mais difficilement quantifiable et prédictible. Moyennant un traitement adéquat, qui n'a jamais été prodigué sur le long terme, ce risque est susceptible de diminuer. L'appelant n'a pas d'antécédents judiciaires connus, hormis l'agression à l'origine de la mesure, et avait été libéré à deux reprises par la Chambre d'accusation durant l'instruction de la procédure. Il a aussi été hospitalisé contre son gré à la Clinique psychiatrique de Belle-Idée pendant une vingtaine de jours. Durant ces périodes, aucune manifestation de violence n'a été constatée ou signalée à teneur du dossier. Selon les derniers rapports des médecins de l'unité de médecine pénitentiaire de Champ-Dollon, l'appelant n'est pas agressif envers les gardiens ou les soignants (rapports des 8 juillet et 1<sup>er</sup> novembre 2011, *supra*, g.c et g.e), contrairement au début de son incarcération. L'état de santé physique de l'appelant, qui s'est notablement dégradé depuis 2009 selon ses médecins traitants, diminue encore davantage l'éventuel potentiel de violence, comme le relève l'expertise.

S'il est vrai que les experts ont retenu, dans leurs conclusions du 29 novembre 2012, qu'il convenait que l'établissement à vocation thérapeutique soit dans un premier

temps un établissement fermé, ils ont clairement affirmé que c'était un cadre hospitalier et non carcéral qui était nécessaire. Ils ont d'ailleurs précisé leurs conclusions dans leur complément d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2013, après avoir notamment constaté l'état de faiblesse physique de l'intéressé, et ont estimé que n'importe quel établissement psychiatrique hospitalier suisse était indiqué.

Sur le vu des conclusions de l'expertise et d'une appréciation de toutes les circonstances du cas d'espèce, le risque de récidive ne peut être qualifié en l'espèce de concret et hautement probable. Quant à un éventuel risque de fuite, qui suppose que le détenu a la ferme intention de s'évader et dispose des facultés intellectuelles, physiques et psychiques nécessaires, rien n'indique que l'appelant a la volonté et la capacité de s'évader, et aucun élément du dossier ne vient conforter cette éventualité.

Au regard des éléments susmentionnés et dans le strict respect du principe de proportionnalité, il se justifie d'ordonner un traitement institutionnel dans un établissement psychiatrique approprié au sens de l'art. 59 al. 2 CP.

En ce qui concerne le choix d'un tel établissement, il n'appartient pas au tribunal de désigner l'institution d'exécution de la mesure (R. ROTH / L. MOREILLON (éds), *op. cit.*, n° 51 ad art. 56 CP). Pour les experts, tout établissement psychiatrique suisse serait indiqué. La Cour relève que la Clinique psychiatrique de Belle-Idée, qui avait déjà accueilli l'appelant en 2005 et qui dispose de chambres fermées, pourrait être un établissement adapté. D'autres établissements psychiatriques qui disposent d'unités ou de pavillons fermés entrent en ligne de compte. Il importera qu'en cas de crise, un traitement neuroleptique puisse être administré sous strict contrôle médical.

Enfin, il sera rappelé que si le traitement institutionnel en milieu ouvert devait s'avérer inopérant ou inefficace afin de détourner l'appelant de la commission de nouvelles infractions, un changement de mesure pourra être prononcé (cf. art. 62c CP).

- 4. 4.1** Dans ses dernières conclusions, l'appelant soutient qu'il doit être indemnisé, car l'internement, respectivement la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, ont porté une grave atteinte à sa personnalité et constituent des mesures de contrainte illicite.

L'internement a été prononcé par la Chambre d'accusation, conformément à la législation en vigueur. Un recours de l'appelant contre cette décision, déposé le 3 mai 2012, a été déclaré irrecevable par la Chambre de céans par arrêt du 21 août 2012, confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 6B\_679/2012 du 12 février 2013). Quant au traitement institutionnel en milieu fermé, il a été prononcé par le TAPEM par un jugement entré en force qui n'a pas été contesté. Parfaitement

légales, les mesures ordonnées ne constituent pas des mesures de contrainte illicite. Aucune indemnisation ne sera par conséquent allouée à ce titre.

**4.2** L'appelant sollicite également une indemnité de CHF 16'000.- pour ses frais de défense.

En l'espèce, l'appelant n'a pas été défendu par un avocat de choix mais par un défenseur d'office, désigné par le TAPEM. Il n'a donc pas lui-même supporté de dépenses relatives à un avocat de choix et ne saurait dès lors prétendre à une indemnité à ce titre, les conditions des articles 429 et ss CPP n'étant pas réunies (cf. arrêt du Tribunal fédéral 6B\_753/2011 du 14 août 2012, consid. 1).

- 5.** L'appel étant partiellement admis, l'appelant sera condamné à la moitié des frais de la procédure d'appel (art. 428 CPP), le solde étant laissé à la charge de l'Etat.

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR :**

Reçoit l'appel formé par X\_\_\_\_\_ contre le jugement JTPM/145/2012 rendu le 10 janvier 2012 par le Tribunal d'application des peines et des mesures dans la procédure PM/994/2011.

Annule ce jugement.

**Et statuant à nouveau :**

Ordonne que X\_\_\_\_\_ soit soumis à un traitement institutionnel dans un établissement psychiatrique approprié.

Charge le Service de l'application des peines et mesures d'organiser sans délai le transfert de X\_\_\_\_\_ dans un établissement approprié.

Rejette les conclusions en indemnisation de X\_\_\_\_\_.

Condamne X\_\_\_\_\_ à la moitié des frais de la procédure d'appel, qui comprennent dans leur totalité un émolument de jugement de CHF 2'000.-.

Laisse le solde des frais de la procédure d'appel à la charge de l'Etat.

**Siégeant :**

Madame Verena PEDRAZZINI RIZZI, présidente; Monsieur Pierre MARQUIS et Madame Yvette NICOLET, juges.

La Greffière :  
Christine BENDER

La Présidente :  
Verena PEDRAZZINI RIZZI

Indication des voies de recours :

*Conformément aux art. 78 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par-devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière pénale.*

*Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.*

PM/994/2011

**ETAT DE FRAIS**

AARP/212/2013

<p><b>COUR DE JUSTICE</b></p>
-------------------------------

Selon le règlement du 22 décembre 2010 fixant le tarif des frais et dépens en matière pénale (E 4 10.03).

**Bordereau de frais de la Chambre pénale  
d'appel et de révision**

Délivrance de copies (let. a, b et c)

Mandats de comparution, avis d'audience et divers (let. i)	CHF	445.00
Expertise	CHF	6'800.00
Etat de frais	CHF	75.00
Emolument de décision	CHF	2'000.00

---

<b>Total des frais de la procédure d'appel</b>	<b>CHF</b>	<b><u>9'320.00</u></b>
--	------------	------------------------

*Soit :*

*A la charge de X*

*CHF 4'660.-*

*A la charge de l'Etat*

*CHF 4'660.-*