REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

PM/95/2018 **ACPR/227/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du jeudi 1er avril 2021

Entre

A_____, actuellement détenu à la prison de B_____, comparant par Me C_____, avocat,

recourant,

contre le jugement rendu le 13 janvier 2021 par le Tribunal d'application des peines et des mesures,

et

LE TRIBUNAL D'APPLICATION DES PEINES ET DES MESURES, rue des Chaudronniers 9, 1204 Genève - case postale 3715, 1211 Genève 3,

LE MINISTÈRE PUBLIC de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B, 1213 Petit-Lancy - case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimés.

EN FAIT :

A. Par acte déposé au greffe de la Chambre de céans le 1er février 2021, A_____ recourt contre le jugement du 13 janvier 2021, dont les considérants lui ont été notifiés le 21 janvier 2021, par lequel le Tribunal d'application des peines et des mesures (ci-après : TAPEM) a, à titre préalable, constaté que l'expertise du Dr D_____ du 20 octobre 2020 était exploitable et rejeté les conclusions tendant à ce que cette expertise ainsi que toutes les pièces qui s'y réfèrent soient écartées de la procédure, puis, cela fait, a ordonné un changement de sanction (art. 65 al. 1 CP) et une mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59 CP), refusé sa demande de libération conditionnelle et écarté ses réquisitions de preuves.

Le recourant conclut, préalablement, à ce que l'expertise du 20 octobre 2020 ainsi que toute pièce qui s'y réfère soient écartées de la procédure. Principalement, et sous suite de frais et dépens, il conclut à l'annulation du jugement querellé et à sa libération conditionnelle. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause au TAPEM pour que celui-ci procède à l'audition du Dr E_____ et de la Dresse F_____, ordonne l'apport de l'intégralité de son dossier médical électronique des HUG, ordonne une nouvelle expertise et la confie à un nouvel expert, et ordonne au Dr D_____ de produire l'intégralité des procès-verbaux d'audition pris dans le cadre de l'expertise du 20 octobre 2020.

B. Les faits pertinents suivants ressortent du dossier :

a.a. A_____, ressortissant tunisien né le _____ 1983, a été condamné le 6 mars 2009 par la Cour d'assises de Genève à une peine privative de liberté de 15 ans, sous déduction d'un an, 9 mois et 15 jours de détention préventive, pour assassinat, vol, atteinte à la paix des morts et dommages à la propriété. Par arrêt du 19 juin 2009, la Cour de cassation a rejeté le pourvoi formé par le prénommé contre ce jugement.

Selon le jugement précité, le 15 mai 2007, vers minuit, une bagarre avait opposé A_____ à G_____, au domicile de ce dernier. Disant avoir repoussé des avances de nature homosexuelle, le premier nommé avait assené, pendant environ une demi-heure, douze coups de couteau à G_____, dont quatre mortels. Il avait ensuite partiellement déshabillé le cadavre et l'avait traîné au pied du lit. Il lui avait porté deux coups de lame dans les parties génitales, avait recouvert le corps avec deux tiroirs et un linge, avait inséré une clé de voiture dans la bouche de sa victime et avait disposé un chandelier avec des bougies allumées près de la tête.

a.b. Dans son rapport d'expertise du 31 mars 2008, le Dr H_____ a conclu à l'absence de pathologie psychiatrique chez A_____, qui ne présentait pas de troubles de la forme et du cours de la pensée caractéristiques d'une pathologie psychotique de type délirant. Si les actes qui lui étaient reprochés frappaient par leur

degré de violence et un scénario parfois incohérent, ils avaient été perpétrés par un sujet "*indemne*" de toute affection psychiatrique connue. Il ne relevait pas d'antécédents de comportements agressifs ou violents, ni d'utilisation abusive et régulière d'alcool ou de produits illicites. Les capacités cognitives et intellectuelles de A_____ n'étaient pas en cause. Il n'existait donc pas d'explication rationnelle ni une structure de personnalité typiquement pathologique pour expliquer la survenue des actes en question. L'état émotionnel de l'intéressé au moment des faits, causé par les propositions sexuelles de G_____ et des insultes envers sa mère, pouvait expliquer sa motivation à agir et le fait qu'il ne se soit pas rendu compte du nombre de coups portés à la victime. Il n'était pas totalement exclu que le prénommé commette à nouveau des infractions, mais pas forcément de même nature. Des traitements médicaux ambulatoires étaient susceptibles de diminuer le risque de récidive en l'aidant à mieux maîtriser ses émotions. Toutefois, dans la mesure où A_____ n'était pas prêt à se soumettre à un traitement, ce dernier, ordonné contre sa volonté, aurait peu de chances de pouvoir être mis en œuvre avec succès.

a.c. Entendu par la Cour d'assises, le Dr H_____ a confirmé la teneur de son rapport. Le Dr I_____, psychiatre traitant A_____ à l'Unité médicale de la prison de B_____, n'avait pas non plus diagnostiqué de trouble et lui avait encore confirmé peu de temps auparavant que l'intéressé n'avait pas de pathologie psychiatrique. Il avait retenu l'élément émotionnel pour analyser son acte car il ne voyait pas d'autre explication rationnelle, mais pouvait se tromper. Un traitement médical pouvait aider A_____ à mieux maîtriser ses émotions, qu'il exprimait très peu.

a.d. Au vu de l'expertise, la Cour d'assises a renoncé à prononcer un traitement ambulatoire, aucune des conditions n'étant réalisée. L'attention de A_____ était toutefois attirée sur le fait qu'il était hautement souhaitable qu'il continue de bénéficier d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique susceptible de l'aider à mieux maîtriser son impulsivité, comme l'avait suggéré l'expert, voire de le guider sur le chemin de la prise de conscience de la gravité de ses actes. Aucune autre mesure n'était par ailleurs préconisée à teneur de l'expertise, ni n'avait été requise.

b.a. A_____ a été incarcéré le 21 mai 2007 à la prison de B_____, d'où il a été transféré à plusieurs reprises dans divers établissements de détention en Suisse. Depuis le 21 septembre 2018, il se trouve à nouveau incarcéré à B_____.

Ces transferts ont été motivés par de nombreux écarts disciplinaires – trente-sept au total entre le 4 juillet 2007 et le 2 juin 2017 – faisant notamment suite à des tensions et des violences avec certains codétenus, à des refus d'obtempérer au personnel, à une tentative d'évasion et à un épisode lors duquel A_____ avait saisi un couteau. Lors d'un entretien, l'intéressé avait en outre menacé une psychiatre de la prendre en otage et, si celle-ci résistait, d'être violent à son encontre. Cet événement a fait l'objet d'une ordonnance pénale du 12 décembre 2014, par laquelle A_____ a été condamné pour

menace contre les autorités et les fonctionnaires à une peine privative de liberté de 60 jours.

Depuis le 14 décembre 2016, les sanctions disciplinaires ont dans une très grande majorité été motivées par des refus de travailler, hormis le 2 décembre 2018, date à laquelle A_____ a été sanctionné de trois jours de cellule forte pour avoir menacé de mort un gardien de B_____.

b.b. Les deux tiers des peines que A_____ exécute actuellement sont intervenus le 27 juin 2017, tandis que la fin des peines est fixée au 18 juillet 2022.

b.c. Au cours de son incarcération, divers intervenants ont mis en évidence le discours délirant et certains comportements étranges de A_____. Il ressort par ailleurs d'un rapport de suivi médico-psychologique établi le 17 octobre 2017 par les Drs E_____ et F_____, du service de médecine pénitentiaire des HUG, que le prénommé a dû être hospitalisé à quatre reprises à L_____, dans le contexte de décompensations psychotiques.

b.d. Appelé à se prononcer sur la mise en place d'un régime progressif sous la forme de travail externe et sur la nécessité d'une mesure thérapeutique institutionnelle, le SAPEM a confié une mission d'expertise au Dr J_____.

Dans son rapport du 6 juillet 2016, l'expert a retenu un diagnostic de troubles psychotiques liés à l'usage de cannabis (Classification Internationale des Maladies [ci-après: CIM] F 12.5) et de troubles de la personnalité mixte associant des traits de personnalité narcissique et des traits de personnalité dyssociale (CIM F61.0). L'expert se posait la question, en profitant de l'éclairage de l'évolution clinique et donc de façon rétrospective, d'un état dissociatif contemporain de l'agression initiale, en raison de la multitude de blessures imposées à G_____, des mutilations génitales et surtout du comportement de l'auteur après les faits (clé de voiture dans la bouche du défunt, chandelier près de la victime, etc.). Sans remettre en cause la première expertise, l'évolution de l'intéressé et l'apparition de symptômes évocateurs d'une problématique psychotique pouvaient faire évoquer un tel épisode dissociatif, en lien avec une prise de toxiques (alcool et cannabis). Le risque évolutif vers une problématique psychiatrique et notamment vers une psychose schizophrénique n'était pas exclu. Il importait de surveiller l'évolution de sa personnalité, voire de mettre en place un traitement antipsychotique s'il devait s'avérer que la dimension psychotique de sa personnalité était réelle, non feinte et indépendante de la prise de cannabis. Au vu du nombre important de manquements à la discipline, de sa personnalité impulsive et instable, de l'usage du THC et d'un fort doute sur la vulnérabilité aux épisodes dissociatifs, il était sérieusement à craindre que A_____ commette de nouvelles infractions portant gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui. Le régime progressif ne pouvait être mis en place et

une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, dans un établissement psychiatrique adapté comme L_____, s'imposait.

c.a. La direction de K_____ a émis, le 4 mai 2017, un préavis défavorable à la libération conditionnelle de A_____. Le 21 juin 2017, le SAPEM a aussi émis un préavis négatif et préconisé un changement de sanction afin qu'une mesure thérapeutique institutionnelle soit prononcée.

c.b. Par requête du 23 juin 2017, le Ministère public a conclu au refus de la libération conditionnelle et à un changement de sanction.

c.c. Lors de l'audience du 20 juillet 2017 devant le TAPEM, A_____ a déclaré ne pas penser souffrir de troubles psychiques. De sa propre volonté, il voyait une psychiatre depuis six mois, laquelle l'aidait à s'améliorer. Il ne prenait pas de médicaments et refusait d'en prendre. En lien avec un éventuel transfert en milieu fermé à L_____, il a déclaré que, malgré son refus de prendre des médicaments, il pouvait envisager de voir des psychiatres à L_____. Idéalement, il souhaitait rentrer chez lui voir sa famille.

c.d. Par jugement du 20 juillet 2017, le TAPEM a refusé la libération conditionnelle de A_____, refusé un changement de sanction et invité le SAPEM à mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique afin de disposer d'éléments médicaux à jour en vue d'examiner les conditions de l'art. 65 CP.

Par arrêt du 3 octobre 2017 (ACPR/667/2017), la Chambre de céans a rejeté le recours de A_____ contre le jugement du TAPEM précité, sans examiner le refus de changement de sanction, qui n'était pas remis en cause.

Par arrêt du 10 novembre 2017 (1B_1178/2017), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours de A_____ contre l'arrêt de la Chambre de céans précité.

d.a. Le SAPEM a demandé un complément d'expertise aux Drs J_____ et D_____, qui ont rendu leur rapport le 20 décembre 2017.

Selon les experts, la symptomatologie psychotique était aujourd'hui "*l'élément le plus saillant*" dans l'évaluation de l'état mental de A_____. Son déséquilibre psychique se manifestait certes par des troubles du comportement du fait de la personnalité impulsive préexistante, mais les symptômes psychotiques étaient devenus permanents. Ceux-ci étaient présents sous la forme d'un délire polymorphe de thèmes (grandeur, persécution, mystique, religieux), aux mécanismes variés (hallucinations visuelles et auditives, interprétations). Ce délire semblait évoluer indépendamment de la prise de cannabis, lequel pouvait cependant aggraver l'intensité des symptômes psychotiques. Un triple diagnostic était retenu : premièrement, des troubles de la

personnalité mixtes associant des traits de personnalité narcissique et des traits de personnalité dyssociale (CIM F61.0), au vu des problèmes disciplinaires ; deuxièmement, une psychose non organique sans précision (CIM F29), du fait de la constance du délire et de la désorganisation ne pouvant s'expliquer par une origine somatique (organique) ; et troisièmement, des troubles psychotiques liés à l'usage de cannabis (CIM F12.5), du fait de l'aggravation de la symptomatologie psychotique en lien avec la consommation ou l'augmentation de consommation de cannabis.

Les traitements antipsychotiques dont avait bénéficié A_____ lors de ses hospitalisations avaient permis une nette amélioration des troubles du comportement et une diminution du délire, mais étaient interrompus dès son retour à la prison. Dans le cadre carcéral, il était suivi à un rythme hebdomadaire par un psychiatre, qui avait pu obtenir une bonne alliance thérapeutique. L'expertisé était opposé au principe d'un traitement antipsychotique, n'avait pas conscience de la gravité de ses actes, était anosognosique de son trouble mental et n'avait qu'une critique très partielle de sa consommation de cannabis, laquelle était toujours d'actualité. Sa dangerosité psychiatrique restait importante et apparaissait même d'un degré plus sévère que lors de la précédente expertise, du fait de l'aggravation de la problématique psychotique.

Il était sérieusement à craindre que, du fait de la nature très impulsive de sa personnalité, de son anosognosie, de sa consommation de cannabis et de son grave trouble mental chronique récurrent, A_____ ne commette de nouvelles infractions portant gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui. Seule une mesure thérapeutique en milieu institutionnel fermé, dans un établissement psychiatrique adapté comme L_____ – permettant des soins continus et la mise en place d'un traitement antipsychotique –, apparaissait de nature à réduire le risque de récidive et/ou de dangerosité. Un régime progressif, en particulier des conduites ou un transfert en milieu ouvert, n'était pas envisageable. La mesure préconisée et la prise régulière d'un traitement antipsychotique devraient permettre de réduire la dangerosité potentielle de A_____ et seraient également bénéfiques pour sa simple santé. La thérapie et la prise en charge psychiatrique ne semblaient par ailleurs pas, à longue échéance, vouées à l'échec.

d.b. Le 18 janvier 2018, le SAPEM a confirmé son préavis du 21 juin 2017 et préconisé un changement de sanction afin que soit prononcée une mesure thérapeutique institutionnelle.

d.c. Le 25 janvier 2018, le Ministère public a demandé un changement de sanction et le prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle.

d.d. Le TAPEM a tenu une audience le 8 mars 2018, à laquelle A_____ a refusé de comparaître.

d.e. Entendu à cette occasion, le Dr J_____ a confirmé la teneur et les conclusions de son rapport d'expertise et du complément. Une sérieuse péjoration de l'état de santé de A_____ s'était manifestée entre juillet 2016 et décembre 2017. Il y avait dans la commission du crime du 15 mai 2007 des choses très étranges qui pouvaient évoquer des bizarreries du comportement (clef dans la bouche, etc.) mais qui, prises isolément, n'étaient pas suffisantes pour évoquer une psychose. L'évolution du diagnostic depuis le premier rapport d'expertise était due aux multiples épisodes psychotiques survenus depuis 2016, documentés par le personnel soignant, et l'amélioration de la symptomatologie par suite des traitements psychotiques administrés.

Pour relater cette évolution, il s'était fondé sur les entretiens avec les soignants, les Drs E_____ et F_____, et sur le dossier médical informatisé, dont il avait fait une synthèse. Par choix, il n'avait pas indiqué dans son rapport ce que les soignants lui avaient dit, afin de ne pas les mettre en porte-à-faux avec A_____.

La différence avec la première expertise de 2008 et l'absence à l'époque de pathologie psychiatrique n'était pas due à une maladresse de l'expert initial mais à une évolution de la pathologie. Rétrospectivement, on pouvait se demander si, au moment des faits, il n'y avait pas eu une "*bouffée délirante*", mais plus rien de tel après. Il était possible que la psychose ait couvé pendant toutes ces années. Le cannabis était l'un des facteurs pouvant occasionner une décompensation. Au moment des faits, A_____ n'avait apparemment pas de troubles mentaux ni de problématique délirante. Ce dernier était un cas atypique, pour lequel l'expert n'avait pas vraiment d'explication. La lecture des pièces de la procédure pénale de l'époque ne permettait pas de dire qu'on était face à un sujet délirant ou psychotique. Le prénommé répondait correctement aux questions, avait un comportement adapté, n'apparaissait "*ni bizarre, ni excentrique*". Il était parfois impossible de mettre en évidence des troubles mentaux en présence d'actes extrêmement violents et comportant des "*aspects bizarres*", d'autant plus pour des faits intervenant dans un contexte conjugal ou sexuel.

Interrogé sur la date à laquelle était apparue la psychose de A_____, l'expert a déclaré que le début de la problématique devait probablement se situer à l'adolescence. Il s'était demandé si les problèmes scolaires qu'avait rencontrés le prénommé à 17 ans n'étaient pas déjà en lien avec la psychose, sans toutefois pouvoir confirmer cette hypothèse, faute d'éléments supplémentaires.

L'expert attendait beaucoup d'un traitement antipsychotique, qui permettrait d'"*amender*" le délire. Après plusieurs mois de traitement et sous sevrage complet de cannabis, il était possible que A_____ ait un comportement socialement adapté, y compris dans la dimension impulsive, car les neuroleptiques avaient un effet sur ce volet. Le prénommé semblait de temps en temps accepter de prendre un traitement.

En présence d'une bonne relation thérapeutique avec le patient, on pouvait le convaincre de prendre un traitement injectable. L'expert pensait que ses collègues à L_____ n'avaient pas eu suffisamment de temps pour le faire accepter par A_____, car ce dernier devait retourner à K_____.

C. Par jugement du 13 mars 2018, le TAPEM a ordonné un changement de sanction (art. 65 al. 1 CP), instauré une mesure thérapeutique institutionnelle et refusé la libération conditionnelle du condamné.

D. Par arrêt du 6 août 2018 (ACPR/423/2018), la Chambre de céans a rejeté le recours formé par A_____ contre ce jugement.

Le changement de sanction avait été prononcé sur la base de faits nouveaux – soit les troubles psychiatriques diagnostiqués chez le prénommé ainsi que les facteurs de risques qu'il présentait – qui existaient déjà au moment des évènements du 15 mai 2007 (consid. 3). Les conditions d'un traitement institutionnel (art. 59 CP), en particulier l'existence d'un crime ou d'un délit en relation avec un grave trouble mental et les chances de succès de la mesure, étaient remplies et le grief de violation du droit d'être entendu soulevé dans ce cadre devait être rejeté (consid. 4). Enfin, le refus de la libération conditionnelle était justifié (consid. 5).

A_____ a recouru au Tribunal fédéral.

E. Parallèlement à la procédure de recours au Tribunal fédéral, le TAPEM a, par jugement du 4 avril 2019 dans la cause PM/377/2019, refusé une nouvelle fois à A_____ sa libération conditionnelle.

Par arrêt du 26 août 2019 (ACPR/639/2019), la Chambre de céans a rejeté le recours de A_____ contre ce jugement**.**

F. Par arrêt du 7 octobre 2019 (6B_910/2018, en partie publié à l'ATF 145 IV 383), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours formé par A_____ contre l'arrêt de la Chambre de céans du 6 août 2018, annulé ce dernier et renvoyé la cause l'autorité cantonale pour nouvelle décision.

L'état de fait retenu par la Chambre de céans ne permettait pas de trancher la question de l'existence d'un grave trouble mental en relation avec les infractions. L'autorité cantonale devait compléter son état de fait afin de déterminer si les pathologies psychiques constatées chez A_____ en 2016 puis 2017 avaient été à l'origine des événements du 15 mai 2007. Après avoir complété son état de fait, l'autorité cantonale devrait à nouveau examiner si un changement de mesure pouvait être prononcé conformément à l'art. 65 al. 1 CP, en particulier si les conditions au

prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP étaient déjà remplies à l'époque du jugement de 2009 (consid. 2.4.3).

G. **a.** Par arrêt du 4 novembre 2019 (ACPR/837/2019) rendu à la suite de l'arrêt du 7 octobre 2019 du Tribunal fédéral, la Chambre de céans a annulé le jugement du TAPEM du 18 mars 2018 et lui a renvoyé la cause pour nouvelle décision.

b. Le 20 avril 2020, le président du TAPEM a confié un mandat d'expertise au seul Dr D_____, le Dr J_____ étant à l'étranger.

Le mandat d'expertise rappelait la teneur de l'art. 185 al. 3, 4 et 5 CPP. L'expert était également informé qu'il devrait attirer l'attention de la personne à expertiser, avant le début de l'expertise, sur son droit de refuser de répondre, dès lors qu'en sa qualité d'expert, il n'était pas tenu au secret médical envers les autorités pénales, de sorte que les éléments recueillis sur la base des entretiens seraient consignés dans l'expertise et exploités dans le cadre de la procédure. Il devait faire mention, dans les procès-verbaux et dans son rapport, de l'information aux personnes ayant le droit de refuser de déposer ou de témoigner selon l'art. 185 al. 5 CPP.

c. Par e-mail du 19 mai 2020, le Dr D_____ a informé le TAPEM avoir rencontré le jour même A_____ au parloir de B_____. Toutefois, le parloir était sécurisé et il n'avait pas pu lui remettre pour signature les documents relatifs à ses droits ni l'autorisation de levée du secret professionnel. Il demandait à pouvoir prendre contact avec l'avocat du prénommé pour qu'il soumette ces documents à son client directement.

Par e-mail du même jour, le président du TAPEM a fait droit à cette demande.

d. Le 29 juin 2020, le Dr D_____ a demandé au Dr E_____, du service de médecine pénitentiaire, de bien vouloir se faire délier de son secret professionnel pour pouvoir lui transmettre des informations sur A_____ ou, en cas de refus de celui-ci, de solliciter l'autorisation de la Commission du secret professionnel, conformément à l'art. 27C de la loi sur la santé (LS ; K 1 03). Le 23 juillet 2020, l'expert a sollicité du TAPEM un délai supplémentaire pour rendre son expertise, en raison de la procédure en cours auprès de la Commission du secret professionnel et de la complexité du complément d'expertise, qui se réalisait presque uniquement sur dossier. Ce délai lui a été octroyé.

e. Le 20 octobre 2020, le Dr D_____ a rendu son rapport d'expertise, précisant s'être basé sur un entretien avec A_____ à B_____, le 19 mai 2020, un entretien téléphonique avec le Dr M_____, psychiatre de l'expertisé, le 13 octobre 2020, et sur l'étude du dossier qui lui avait été adressé par le TAPEM et la direction de B_____.

L'entretien du 19 mai 2020, dans un parloir sécurisé, avait été très difficile. Le contenu de la pensée de A_____ était apparu envahi par un vécu délirant persécutoire de mécanismes interprétatif et probablement hallucinatoire. L'expertisé devenait rapidement tendu et tenait des propos à la limite de l'agressivité. Finalement, après environ une demi-heure, eu égard à l'état psychique du prénommé et à l'impossibilité d'obtenir des réponses cohérentes de sa part, l'expert avait mis fin à l'entretien. L'expertisé avait refusé de se présenter à un autre entretien, le 16 juin 2020, ainsi que de délier ses médecins traitants du secret médical. Par décision du 8 juillet 2020, la Commission du secret professionnel avait délié le Dr M_____ de son secret professionnel. Ce dernier avait expliqué n'avoir pu rencontrer A_____ qu'une seule fois dans son bureau, les quelques autres examens ayant eu lieu sur le seuil de sa cellule. En effet, le prénommé refusait les entretiens et les traitements médicamenteux. Le Dr M_____ craignait qu'il soit inaccessible au traitement. Son patient avait établi un lien privilégié avec la Dresse F_____ et, après le départ de celle-ci, avait continué à écrire des lettres à son nom au service médical. Il n'avait pas de conflit majeur avec les gardiens.

Le rapport précise également que A_____ avait été informé, avant le début de l'expertise, de son droit de refuser de répondre, dès lors que l'expert n'était pas tenu au secret médical vis-à-vis des autorités de poursuite pénale.

Selon le rapport d'expertise, A_____ souffrait d'un trouble délirant persistant (CIM F22.0), d'un syndrome de dépendance au cannabis (CIM F12.2) et d'un trouble de la personnalité (CIM F61.0), les deux derniers étant non évaluables en raison du trouble délirant présent en premier plan. À la lumière des treize années écoulées depuis les évènements du 15 mai 2007, il était possible d'apprécier l'état mental de l'intéressé au moment du passage à l'acte différemment que ce qui avait été considéré par le le Dr H_____ en 2008. En l'état actuel des connaissances, les troubles délirants de type schizophrénique ou paranoïaque résultaient de la conjonction d'un terrain vulnérable et de l'intervention de facteurs de stress permettant de faire décompenser ce terrain. Dans ce contexte, les maladies psychiatriques graves débutaient sous forme de crises successives espacées initialement de périodes relativement saines jusqu'à aboutir, lorsque la pathologique était constituée, à un tableau de délire chronique. Dans le cas de A_____, l'expert constatait l'apparition progressive d'épisodes pathologiques entraînant des signalements de plus en plus fréquents de comportements inadéquats jusqu'à une succession d'hospitalisations en milieu psychiatrique et, finalement, l'observation d'un état délirant chronique. Les actes criminels commis en 2007 apparaissaient alors comme "*l'avant-garde*" ou "*l'épisode inaugural*" de la maladie psychiatrique qui allait se constituer dans les années suivantes. Ce constat expliquait les comportements étranges et la motivation incompréhensible du passage à l'acte, lequel ne résultait pas d'une supposée légitime défense ou d'une recherche financière, mais apparaissait comme un acte pathologique dans le cadre d'une décompensation psychotique résultant de l'accumulation de différents facteurs de stress : transplantation culturelle, consommation d'alcool et de cannabis, relations ambiguës

sur le plan sexuel avec la victime. Cette décompensation avait abouti à un épisode de délire de persécution, le prénommé ayant très probablement agi avec la conviction délirante qu'il était lui-même agressé. L'acte visait à éliminer la partie de l'expertisé ressentie comme mauvaise, à savoir sa bisexualité, ses tendances alcooliques et toxicomanes, sa vie parasitaire. On comprenait ainsi mieux sa volonté de cacher le cadavre, de le mutiler sexuellement, de donner une apparence religieuse en l'entourant de bougies et en lui mettant une clé de voiture dans la bouche. La violence et le caractère anormal de ces évènements contrastait avec la période de relative normalité du comportement de A_____ jusqu'en 2013, période qui n'avait cependant pas été totalement exempte de particularité comportementale, l'intéressé ayant à plusieurs reprises été sanctionné pour des attitudes arrogantes ou oppositionnelles à l'égard des gardiens. Il était probable que le trouble avait persisté *a minima*, de façon "*infra-clinique*", c'est-à-dire peu observable dans le cadre ritualisé et rigide du milieu carcéral.

Les actes de mai 2007 ne pouvaient se comprendre que s'ils étaient considérés comme les prémices des troubles diagnostiqués chez A_____ en 2016 et 2017. Ces troubles étaient donc bien présents, avec une gravité élevée, lors des événements du 15 mai 2007 et étaient en lien de causalité directe avec les actes perpétrés par le prénommé.

Le risque de récidive violente était actuellement très élevé. Il pouvait à cet égard être renvoyé aux constatations faites dans les rapports d'expertise du 6 juillet 2016 et du 20 septembre [*recte* : décembre] 2017, qui restaient présentes, soit l'aggravation de la problématique psychotique, l'absence de conscience de cette problématique de l'expertisé et donc l'absence de soins adaptés. En l'état actuel, en raison de la thématique de persécution qui imprégnait la totalité du fonctionnement mental du prénommé, ce que l'expert avait notamment pu constater lors de l'entretien, un passage à l'acte violent était susceptible de survenir à tout moment en cas de contrariété.

La mesure préconisée dans les précédentes expertises, soit une mesure institutionnelle dans un milieu fermé, à L_____, était seule susceptible de diminuer le risque de récidive. Cette mesure devait comprendre la mise en œuvre d'un traitement médicamenteux de type neuroleptique, si besoin sous contrainte.

f. Dans ses observations du 11 novembre 2020, le SAPEM a maintenu ses précédentes conclusions, préconisant un changement de sanction afin que soit prononcée une mesure thérapeutique institutionnelle.

Le Ministère public n'a pas formulé d'observations.

Dans ses observations du 30 novembre 2020, A_____ a sollicité l'audition du Dr D_____, du Dr E_____ et de la Dresse F_____ ainsi que l'apport de son dossier médical électronique des HUG et des documents auxquels le Dr D_____ faisait référence dans son expertise. Il se réservait également le droit de demander une nouvelle expertise. L'audition du Dr D_____ se justifiait notamment afin de clarifier si l'expertise avait été conduite dans les règles. Le prénommé avait en effet contacté par deux fois son conseil, lui demandant de transmettre à son client (lui-même) deux formulaires relatifs au droit de refuser de répondre et à la levée du secret médical. Son conseil lui avait transmis les deux documents, mais il ne les avait pas signés, ce qui était attesté par un échange de courriels entre le Dr D_____ et son conseil.

g. Le TAPEM a sollicité et obtenu du Dr D_____ la copie des documents sur lesquels il se fondait dans son expertise. Ces documents ont été versés au dossier.

h. Le TAPEM a tenu une audience le 12 janvier 2021, en présence de A_____.

h.a. Entendu, le Dr D_____ a confirmé la teneur et les conclusions de son second complément d'expertise du 20 octobre 2020.

Il avait constaté une évolution négative de l'état de santé mentale de A_____ entre décembre 2017, quand il l'avait vu pour réaliser le premier complément, et mai 2020, quand il l'avait revu pour réaliser le second. En 2020, l'entretien avait été parasité par les convictions délirantes, voire hallucinatoires de A_____, raison pour laquelle il avait été écourté. Son délire était constant et on ne pouvait plus avoir de conversation ou d'entretien cohérent avec lui. L'expert l'avait constaté lui-même et cela lui avait également été rapporté par le médecin de B_____.

Au début de l'entretien de 2020, il lui avait rappelé son droit de refuser de répondre, avant de lui poser ses questions. Il lui avait également montré le formulaire à travers la vitre qui les séparait. L'entretien s'était déroulé dans une cellule sécurisée sur conseil du service médical de B_____, en raison de l'agressivité de A_____.

Pour expliquer l'évolution des diagnostics depuis 2016, voire 2008, il pensait qu'il y avait eu une certaine "*errance diagnostique*". La pathologie avait connu une évolution naturelle, qui avait toutefois été difficile à identifier à cause des autres facteurs considérés, notamment la prise de cannabis. Les experts s'étaient demandé si cette prise de cannabis avait favorisé ou était à l'origine de la symptomatologie. Avec le recul, il pouvait dire aujourd'hui que la pathologie, certes favorisée par la prise de cannabis, avait existé indépendamment de cette consommation. Il était d'ailleurs propre au délire paranoïaque d'évoluer et de s'aggraver progressivement. Les diagnostics posés depuis 2016 étaient plutôt convergents, étant précisé que les premiers étaient généraux, alors que celui posé en 2020 était plus précis. Le Dr J_____, dans sa première expertise, évoquait la prise de cannabis comme unique

cause de la psychose. Cette conclusion pouvait être écartée aujourd'hui. Dans le cadre d'une psychose non organique sans précision, telle que retenue dans le premier complément d'expertise de 2017 (CIM F29), on constatait que le patient présentait des signes de psychose, comme des idées délirantes ou un autre symptôme relevant de la psychose, mais sans origine organique, comme par exemple une tumeur cérébrale. Dans le cadre du trouble délirant persistant (CIM F22), le patient présentait des troubles psychotiques, mais on arrivait à les regrouper dans une maladie psychotique particulière, sous la définition du trouble délirant persistant ou du délire paranoïaque. Il y avait ainsi une différence entre ces deux diagnostics, comme dans le cadre de poupées russes, où la poupée extérieure était plus grosse que la poupée intérieure. Le regroupement des divers symptômes visibles permettait de poser un diagnostic plus précis.

Dans l'expertise de 2008, le Dr H_____ avait abouti à l'absence de pathologie psychiatrique par souci d'objectivité. Cet expert avait conclu que les actes étaient irrationnels mais, ne constatant aucun syndrome de psychose, n'avait pas posé ce diagnostic. Au moment de cette première expertise, l'expert ne pouvait parvenir à d'autres conclusions, car il n'avait pas le recul suffisant. Les connaissances médicales sur la modélisation de la psychose n'avaient pas évolué depuis 2008. La manière de travailler d'un expert non plus.

Appelé à clarifier certains passages de son rapport – qui retenait, d'une part, que les faits de 2007 apparaissaient comme "*l'avant-garde*" d'une maladie qui allait se constituer dans les années suivantes (p. 20) et, d'autre part, que ces mêmes faits étaient les prémices des troubles diagnostiqués en 2016 et 2017 (p. 21) –, le Dr D_____ a déclaré que les mots utilisés n'étaient qu'une tentative de décrire une réalité biologique et qu'en l'occurrence, ces différents mots décrivaient la même réalité biologique. La pathologie était présente en grande partie, mais pas en totalité. La pathologie n'était pas présente comme elle l'était aujourd'hui, mais elle était là, pas dans la totalité de sa symptomatologie. Au début, les symptômes pathologiques ne s'exprimaient pas de manière bruyante. Ces symptômes étaient visibles mais n'étaient pas constamment présents. Dans le cadre du stress lié à l'ambiguïté sexuelle de la situation au moment des faits, voire l'ambiguïté sociale et financière, les symptômes s'étaient exprimés d'une manière brutale, par le passage à l'acte. La symptomatologie ne s'était ensuite presque plus exprimée dans les mois qui avaient suivi, dans un cadre strictement carcéral, avant d'émerger de façon évidente une nouvelle fois dans les années 2013-2014.

L'expert pensait que si un traitement adapté avait été mis en œuvre en 2008, l'évolution de la pathologie aurait été moins négative. Cependant, l'état de A_____ n'aurait très probablement pas permis, du point de vue éthique, de lui imposer ce traitement. Sur ce point, il y avait une différence entre la situation prévalant en 2008 et celle d'aujourd'hui. L_____ avait ouvert en 2013. En 2008, il n'y avait pas d'institution équivalente à Genève, mais il en existait dans d'autres cantons.

Enfin, interrogé par le conseil de A_____, qui souhaitait savoir pourquoi il n'y avait plus de problèmes à B_____ avec son client, le Dr D_____ a avancé l'hypothèse selon laquelle le prénommé ne serait plus préoccupé par des questions matérielles – telle l'évasion tentée précédemment – car il était "*envahi*" par sa maladie.

h.b. Entendu à la suite du Dr D_____, A_____ a déclaré avoir lu l'expertise. Tout ce qui s'était passé avec l'expert, c'était qu'il avait refusé de signer ses papiers et décidé de garder le silence. Sur question de son conseil, lors de l'entretien en mai 2020, l'expert ne lui avait pas expliqué qu'il avait le droit de garder le silence. Il lui avait même expliqué qu'il était dans son intérêt de ne pas garder le silence. Lui-même savait qu'il avait le droit de garder le silence, il en avait d'ailleurs fait usage durant l'entretien, ce qui avait contrarié le Dr D_____.

Cela se passait bien à B_____, surtout depuis 2018. Il avait arrêté la consommation de cannabis en 2018, sauf erreur au mois de septembre. Il n'avait eu aucun problème de bagarre ou de dispute. Il pensait ne pas avoir besoin de soins psychiatriques et était prêt à travailler en cas de libération conditionnelle.

H. Dans son jugement querellé, le TAPEM a d'abord considéré que le complément d'expertise du 20 octobre 2020 était exploitable. Bien qu'il soit regrettable que l'expert n'ait pas réussi à soumettre à A_____, par le biais du gardien, le formulaire idoine, le prénommé avait bien été informé, avant le début de l'entretien, de son droit de refuser de répondre et de collaborer. Par ailleurs, il avait déclaré qu'il connaissait son droit de garder le silence et en avait d'ailleurs usé au cours de son entretien avec l'expert.

À propos du changement de sanction, le TAPEM commence par reprendre la motivation de son jugement du 13 mars 2018, ajoutant ensuite qu'il n'avait aucune raison de s'écarter de l'avis exprimé par le Dr D_____ dans son expertise du 20 octobre 2020, avis dont il était convaincu. L'existence, chez A_____, de divers troubles de la personnalité et d'une psychose pouvait être qualifiée de faits nouveaux. Dans son arrêt du 7 octobre 2019, le Tribunal fédéral avait d'ailleurs validé le raisonnement des juridictions cantonales. Ensuite, les troubles mentaux graves existaient au moment des faits et du jugement de 2009, ce que confirmait tant l'expertise du 20 octobre 2020 du Dr D_____ que l'audition de ce dernier. Les faits commis en 2007 apparaissaient, à travers le prisme des symptômes qui allaient se manifester par la suite et jusqu'à aujourd'hui, comme l'une des premières expressions des troubles psychotiques graves ayant été diagnostiqués. Il existait un lien direct entre ces troubles mentaux et les actes du 15 mai 2007.

La préservation de la sécurité publique commandait de déployer un dispositif adéquat pour empêcher A_____ de récidiver, le risque d'infractions graves à l'intégrité physique d'autrui étant qualifié de très élevé par les divers experts mis en œuvre

depuis 2016. Il importait également de permettre au prénommé de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique plus soutenue et adaptée à son état, ce que ne permettait pas sa détention actuelle. L'affirmation selon laquelle son état se serait nettement amélioré depuis 2018 était contredite par l'expert et l'avis du médecin de B_____. Son maintien dans l'exécution des peines privatives de liberté auxquelles il avait été condamné ne correspondait plus à son état psychique, aux diagnostics les plus récents, à ses besoins en soins et à l'intérêt public. Un traitement ambulatoire, clairement écarté par les experts, n'apparaissait pas suffisant. La mise en œuvre d'une mesure institutionnelle n'était pas d'emblée dénuée de chances de succès, l'absence d'amélioration de l'état de santé du prénommé après les précédentes hospitalisations s'expliquant par le fait que ces dernières venaient à chaque fois répondre à une situation d'urgence et n'étaient pas destinées à durer. Par ailleurs, à chaque fois que l'intéressé avait bénéficié d'un traitement antipsychotique, la symptomatologie s'était améliorée, ce qui en démontrait l'efficacité. Une mesure en milieu fermé était, sous l'angle du risque de fuite et de récidive, l'option la plus raisonnable. Enfin, la mise en place d'une mesure selon l'art. 59 CP ouvrait la possibilité d'une médication sous contrainte, si nécessaire. Une telle possibilité serait utile en l'espèce et permettrait de donner l'impulsion initiale qui pourrait rendre A_____ accessible aux soins. Cas échéant, il appartiendrait au SAPEM de l'ordonner.

Les requêtes d'actes d'instruction complémentaires portaient sur des faits suffisamment prouvés et étaient dès lors rejetées. Enfin, la demande de libération conditionnelle devait être refusée, pour les mêmes raisons que celles déjà évoquées dans le jugement du 20 juillet 2017, ainsi que dans l'arrêt de la Chambre de céans du 3 octobre 2017.

I. **a.** À l'appui de son recours, A_____ commence par critiquer le refus du TAPEM d'écarter le rapport d'expertise du 20 octobre 2020 de la procédure, pour deux raisons. En premier lieu, il était établi qu'il avait reçu, après son unique entretien avec l'expert et par l'intermédiaire de son conseil, un formulaire relatif à son droit de refuser de répondre, qu'il avait refusé de signer. Cependant, à l'instar d'une audition par la police sur délégation du ministère public, l'expert était tenu de respecter les réquisits de l'art. 78 CPP et de prendre des procès-verbaux des auditions menées par lui, d'y mentionner par écrit le droit prévu à l'art. 185 CP [*recte* : CPP], de lire ou de remettre pour lecture à la personne entendue le procès-verbal à l'issue de l'audition et de lui faire signer le document en question. Or rien n'indiquait que ces obligations avaient été scrupuleusement respectées en l'espèce. En second lieu, le recourant prétend ne pas avoir été avisé de la demande de son psychiatre à B_____, le Dr M_____, visant à la levée de son secret professionnel. Il n'avait pas non plus reçu la décision de levée de la Commission du secret professionnel du 8 juillet 2020, qui était donc nulle. Les déclarations du Dr M_____ à l'expert apparaissaient comme décisives pour l'expertise du 20 octobre 2020. Cette expertise était gravement viciée et devait être écartée de la procédure, tout comme l'ensemble des éléments s'y référant.

S'agissant ensuite de l'art. 65 al. 1 CP, les arguments du recourant peuvent être regroupés sous quatre griefs distincts. Premièrement, le TAPEM avait violé le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Deux des trois troubles retenus par l'arrêt du 7 octobre 2019 en tant que faits nouveaux devaient être écartés, car l'expertise du 20 octobre 2020 les déclarait non évaluables. Quant au troisième trouble, soit la psychose non organique sans précision (CIM F29), il n'apparaissait tout simplement pas dans cette expertise, qui évoquait uniquement un trouble délirant persistant (CIM F22.0). Deuxièmement, l'expertise du 20 octobre 2020 comportait des contradictions intrinsèques et devait être écartée au profit d'une nouvelle expertise, confiée à un autre expert. Troisièmement, la motivation du TAPEM était critiquable, car il se fondait sur les expertises de 2016, 2017 et 2020 qui étaient contradictoires sur des points essentiels, contrairement à celle de 2008, qui démontrait que les conditions de l'art. 65 al. 1 CP n'étaient pas remplies à l'époque et qui était seule pertinente. Quatrièmement, le lien de causalité entre le jugement de 2009 et sa privation de liberté, évoqué "*laconiquement*" par le TAPEM, s'était en l'occurrence rompu, à l'instar de ce qui avait été retenu dans l'arrêt de la CourEDH *Kadusic c. Suisse*.

En lien avec les conditions de la mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59 CP), le TAPEM retenait à tort que la mesure thérapeutique n'était pas dénuée de chances de succès. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait considéré que les troubles évoqués par les expertises de 2016 et 2017 n'étaient pas suffisants pour prononcer une telle mesure. Là aussi, la situation présentait des similitudes avec l'arrêt *Kadusic c. Suisse*.

Compte tenu de l'absence de possibilité de prévoir un plan d'exécution de peine, de son parcours carcéral pour le moins chaotique et de la dégradation de son état, force était de constater que l'exécution de la peine jusqu'à son terme ne lui apporterait rien. Il se justifiait donc d'ordonner sa libération conditionnelle (art. 86 CP).

Enfin, en rejetant ses requêtes d'actes d'instruction et de production de pièces, le TAPEM avait violé son droit d'être entendu, les règles en matière d'expertise et procédé à une appréciation anticipée arbitraire des preuves.

b. À réception du recours, la cause a été gardée à juger, sans échange d'écritures ni débats.

c. Par deux courriers séparés, datés du 22 février 2021 et adressés au TAPEM, respectivement au SAPEM, qui les ont transmis à la Chambre de céans, A_____ a demandé à changer d'avocat d'office.

EN DROIT :

1. **1.1.** Le recours est recevable pour avoir été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP, applicables au titre de droit cantonal supplétif par renvoi de l'art. 42 al. 2 LaCP), concerner une décision de changement de sanction (art. 65 al. 1 CP), respectivement de refus de libération conditionnelle (art. 86 CP), qui sont sujettes à recours auprès de la Chambre de céans (ATF 145 IV 383 consid. 1 p. 392 ss [art. 65 al. 1 CP] ; ACPR/423/2018 consid. 1.2 [art. 86 CP]) et émaner du condamné visé par ces décisions, qui a qualité pour agir, ayant un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation celles-ci (art. 382 al. 1 CPP et 42 al. 2 LaCP).

1.2. Les demandes du recourant tendant à la nomination d'un nouvel avocat d'office, parce qu'elles ont été déposées postérieurement au dépôt du recours, n'ont pas à être examinées.

2. La Chambre pénale de recours peut décider d'emblée de traiter sans échange d'écritures ni débats les recours manifestement mal fondés (art. 390 al. 2 et 5 *a contrario* CPP et 42 al. 2 LaCP). Tel est le cas en l'occurrence, au vu des considérations qui suivent.

3. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant reproche au TAPEM d'avoir refusé d'écarter de la procédure l'expertise du 20 octobre 2020 et les pièces qui s'y rapportent. Il estime notamment qu'il n'a pas été correctement informé de son droit de refuser de répondre aux questions de l'expert.

3.1. Selon l'art. 185 al. 5 CPP – applicable à la procédure de décisions judiciaires ultérieures indépendantes (cf. Y. JEANNERET / A. KUHN / C. PERRIER DEPEURSINGE (éds), *Commentaire romand : Code de procédure pénale suisse,* 2ème éd., Bâle 2019, n. 30 ad art. 364) –, si l'expert procède à des investigations, le prévenu et les personnes qui ont le droit de refuser de déposer ou de témoigner peuvent, dans les limites de ce droit, refuser de collaborer ou de faire des déclarations. L'expert informe les personnes concernées de leur droit au début des investigations.

La prescription de l'art. 185 al. 5 CPP est similaire, pour le prévenu, à celle comprise à l'art. 158 al. 1 let. b CPP, selon laquelle, au début de la première audition, la police ou le ministère public informent le prévenu dans une langue qu'il comprend qu'il peut refuser de déposer et de collaborer. L'expert doit ainsi informer celui-ci de ses droits au début de ses investigations, même si l'intéressé en a déjà, auparavant, été informé par la police ou le ministère public (arrêt du Tribunal fédéral 6B_824/2018 du 19 septembre 2018 consid. 1.1 et les références citées). Le fait que cette information a été donnée peut ressortir directement du rapport d'expertise (arrêt du Tribunal

fédéral 6B_166/2020 du 9 avril 2020 consid. 2.6 ; cf. également A. DONATSCH / V. LIEBER / S. SUMMERS / W. WOHLERS (éds), *Kommentar zur Schweizerischen Strafprozessordnung*, 3e éd., Zurich 2020, n. 26 ad art. 185 ; M. NIGGLI / M. HEER / H. WIPRÄCHTIGER (éds), *Strafprozessordnung, Basler Kommentar StPO/JStPO*, 2e éd., Bâle 2014, n. 32 ad art. 185).

Si l'information sur les droits selon l'art. 185 al. 5 CPP n'est pas faite, la sanction est la même qu'à l'art. 158 al. 2 CPP, à savoir, les déclarations données par la personne expertisée sont en principe inexploitables et ne doivent donc être intégrées à l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1390/2019 du 23 avril 2020 consid. 2.3.2 et 2.4.4). La doctrine limite toutefois cette inexploitabilité aux faits survenus à l'occasion des investigations ("*Zusatztatsachen*"), à l'exclusion de ceux résultant des connaissances spéciales de l'expert qui, eux, sont exploitables (N. OBERHOLZER, *Grundzüge des Strafprozessrechts*, 4e éd., Berne 2020, N 1038 ; M. NIGGLI / M. HEER / H. WIPRÄCHTIGER (éds), *op. cit.*, n. 32 ad art. 185).

Lorsque, dans le cadre de ses investigations, l'expert interroge le médecin traitant du prévenu, ses déclarations ne seront exploitables que si ce dernier a préalablement été délié du secret médical (Y. JEANNERET / A. KUHN / C. PERRIER DEPEURSINGE (éds), *op. cit.*, n. 9a ad art. 185). À Genève, l'art. 27C LS (faits pertinents à l'évaluation de la dangerosité) dispose que, sur requête spécifique et motivée de l'expert mandaté par les autorités compétentes, les médecins agissant au profit d'une personne exécutant une peine ou une mesure lui communiquent tout fait pertinent permettant d'évaluer son caractère dangereux (al. 1). Lorsqu'une information requise par ces autorités est couverte par le secret professionnel, la personne exécutant une peine ou une mesure est consultée et doit préalablement donner son accord à sa transmission. En cas de refus, les médecins agissant à son profit saisissent la commission instituée par l'art. 12 LS (al. 2).

3.2.1. En l'espèce, le Dr D_____ a été mandaté par le TAPEM pour rendre un complément d'expertise. Dans sa mission d'expertise, il s'est vu rappeler la teneur de l'art. 185 al. 5 CPP et demander en outre de faire mention, dans les procès-verbaux et dans son rapport, de l'information donnée selon cette disposition. L'expert s'est plié à ces instructions – elles-mêmes conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral –, puisqu'il a affirmé, en page 2 de son rapport du 20 octobre 2020, que le recourant avait été informé, avant le début de l'expertise, de son droit de refuser de répondre.

Le recourant conteste cette affirmation. Il tire argument du fait que l'expert n'a pas pu lui faire signer, en raison de leur entretien dans une cellule sécurisée, de formulaire d'information des droits, formulaire que l'expert a ensuite envoyé par e-mail à son conseil, lui demandant de le transmettre à son client. Contrairement à ce qu'il affirme, l'expert n'a alors nullement admis l'existence d'un "*vice manifeste*", mais a tout au plus cherché à passer par son avocat pour lui faire signer les formulaires. On

comprend d'ailleurs des échanges d'e-mails entre l'avocat et l'expert que ce dernier cherchait avant tout à obtenir la signature par le recourant d'un autre formulaire, celui de levée du secret professionnel, afin de pouvoir prendre contact avec ses médecins traitants (cf. l'e-mail du 8 juin 2020 du Dr D_____).

Interrogé à ce sujet par le TAPEM, l'expert a confirmé avoir rappelé au recourant son droit de refuser de répondre, précisant lui avoir montré le formulaire à travers la vitre qui les séparait. La Chambre de céans ne voit aucune raison de s'écarter de cette version des faits. Une fois l'audition de l'expert terminée, le recourant a d'ailleurs déclaré au TAPEM avoir décidé de garder le silence et refusé de signer les papiers de l'expert, ce qui tend à confirmer que les formulaires lui ont été présentés par ce dernier et donc qu'il a bien été informé de son droit. En affirmant ensuite, sur question de son avocat, que l'expert ne lui avait en réalité pas expliqué qu'il avait le droit de garder silence, il soutient une nouvelle version des faits, qui n'emporte pas la conviction. Quant à la violation de l'art. 78 CPP (procès-verbaux des auditions), le grief ne porte pas : la jurisprudence retient en effet que cette disposition ne s'applique pas aux experts, qui n'ont pas à tenir de procès-verbaux des auditions qu'ils mènent (ATF 144 I 253 consid. 3.7 p. 261 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_276/2018 du 24 septembre 2018 consid. 1.4.2 et les références citées). Ce qui précède permet également de rejeter la requête du recourant en production des procès-verbaux des auditions, justifiée essentiellement au regard de la problématique du droit au silence.

Enfin, même à admettre que ce droit n'aurait pas été rappelé au recourant et que les déclarations qu'il a tenues à l'expert seraient inexploitables, encore faudrait-il relever les éléments suivants : premièrement, les conclusions de l'expert ne résultent pas seulement du (court) entretien avec le recourant, mais aussi de l'entretien avec son psychiatre à B_____, ce que l'expert a d'ailleurs confirmé lors de son audition. Deuxièmement, l'entretien avec le recourant a été rapidement interrompu et n'a pas porté sur les faits de 2007, le recourant refusant de répondre aux questions de l'expert à ce sujet. Troisièmement, les constatations que l'expert a tout de même pu faire relèvent manifestement de ses connaissances médicales (cf. le status psychiatrique en p. 18 s. relatif au fonctionnement psychique du recourant ; cf. aussi ses déclarations au TAPEM, selon lesquelles l'entretien avait été parasité par les convictions délirantes, voire hallucinatoires du recourant) et ne sauraient être frappées d'inexploitabilité. Le grief sera donc rejeté.

3.2.2. Toujours en lien avec l'expertise du 20 octobre 2020, le recourant se plaint de ne pas avoir été avisé de la décision de la Commission du secret professionnel du 8 juillet 2020, par laquelle le secret professionnel du Dr M_____, son psychiatre à B_____, avait été levé.

Contrairement à ce qu'il affirme, cette circonstance ne permet pas à elle seule de constater la nullité de la décision en question (sur cette notion, voir par ex. l'arrêt du

Tribunal fédéral 1B_51/2020 du 25 février 2020 consid. 2.1.2), mais pourrait tout au plus avoir pour conséquence que le délai pour recourir contre celle-ci (auprès de la chambre administrative de la Cour de justice, cf. art. 12 al. 5 LS) n'a pas commencé à courir. On ne saurait non plus retenir que cette décision a été rendue sans motifs, dès lors qu'elle paraît fondée sur l'art. 27C LS (cf. le courrier du 29 juin 2020 du Dr D_____ au service de médecine pénitentiaire de B_____, let. **G.d.** *supra*) et que le recourant a bien été consulté (cf. art. 27C al. 2 LS) avant qu'elle ne soit rendue, étant donné qu'il a refusé de signer le formulaire de levée du secret médical transmis par son avocat. On relèvera enfin que l'expertise mentionne expressément la décision de la Commission du secret professionnel (p. 2) et que, dans ses observations au TAPEM, le recourant n'a pas requis sa production, contrairement à toute une série de documents dont il a obtenu l'apport au dossier de la procédure.

Dès lors, l'expert pouvait valablement se fonder sur l'entretien avec le médecin de B_____ pour rendre son expertise. Rien ne permet d'affirmer que ce dernier n'aurait pas été valablement délié, au préalable, de son secret professionnel, ni que sa démarche visait à contourner le droit du recourant à ne pas collaborer à l'expertise ou son droit au secret médical. Le grief sera rejeté.

3.3. Il s'ensuit que le complément d'expertise du 20 octobre 2020, tout comme les documents qui s'y réfèrent, sont exploitables.

4. Dans un autre grief d'ordre formel, le recourant reproche au TAPEM d'avoir rejeté ses requêtes d'actes d'instruction et de production de pièces.

4.1. Selon l'art. 364 al. 3 CPP, le tribunal examine si les conditions de la décision judiciaire ultérieure sont réunies, complète le dossier si nécessaire ou fait exécuter d'autres investigations par la police. Conformément à l'art. 139 al. 2 CPP – également applicable en cas de décisions judiciaires ultérieures indépendantes (Y. JEANNERET / A. KUHN / C. PERRIER DEPEURSINGE (éds), *op. cit.*, n. 30 et 38 ad art. 364) –, il n'y a pas lieu d'administrer des preuves sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité ou déjà suffisamment prouvés. Cette disposition codifie, pour la procédure pénale, la règle jurisprudentielle déduite de l'art. 29 al. 2 Cst. en matière d'appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 6B_484/2020 du 21 janvier 2021 consid. 4.1). Le droit d'être entendu garanti par cette disposition comprend notamment le droit de produire ou de faire administrer des preuves, lorsque cela est de nature à influer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant de manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 p. 170 s. ; 141 I 60 consid. 3.3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_481/2017 du 15 septembre 2017 consid. 3.1).

4.2. En l'espèce, le TAPEM a rejeté les actes d'instruction sollicités par le recourant au motif qu'ils portaient sur des faits suffisamment prouvés. Cette appréciation peut être confirmée.

L'audition des Drs E_____ et F_____ n'apparaît pas susceptible d'apporter des éléments nouveaux, qui ne ressortiraient pas déjà du dossier. Ces deux médecins sont les auteurs du rapport de suivi médico-psychologique du 17 octobre 2017 du service de médecine pénitentiaire (cf. let **B.b.c.** *supra*), sur lequel se fonde à la fois l'expertise du 20 décembre 2017 (p. 3) et l'expertise du 20 octobre 2020, qui en résume d'ailleurs le contenu (p. 11 s.). Entendu par le TAPEM au sujet du rapport d'expertise du 20 décembre 2017, le Dr J_____ a déclaré s'être entretenu avec les deux médecins prénommés afin de relater l'évolution du diagnostic du recourant. Par choix, il n'avait pas repris dans son rapport ce que les soignants lui avaient dit, pour ne pas les mettre en porte-à-faux avec l'intéressé. Rien ne permet toutefois d'affirmer que leurs conclusions ou leurs constatations sur l'état de santé de celui-ci n'auraient pas été suffisamment prises en compte, au point d'imposer leur audition. On relèvera du reste qu'à teneur de l'expertise du 20 octobre 2020, la Dresse F_____, si elle semble avoir réussi à établir un lien privilégié avec le recourant, paraît surtout avoir quitté le service de médecine pénitentiaire. On ne voit dès lors pas ce que son audition pourrait apporter de pertinent sur l'état de santé actuel du recourant. Il en va de même pour l'audition de son ancien collègue, le Dr E_____, qui, bien que responsable de l'unité de psychiatrie pénitentiaire (cf. https://www.hug.ch > médecine pénitentiaire > équipe du service de médecine pénitentiaire [consulté le 29 mars 2021]), n'est toutefois pas le médecin traitant du recourant au sein de cette unité, soit le Dr M_____, avec lequel l'expert a pu s'entretenir pour rendre son rapport du 20 octobre 2020.

Quant à l'apport au dossier de l'intégralité du dossier médical informatisé du recourant, celui-ci n'explique pas quels éléments pouvant s'y trouver seraient susceptibles de conduire à une autre appréciation de son état mental. L'expertise du 20 décembre 2017 contient une longue synthèse des hospitalisations du recourant et des observations du corps médical à ces occasions (p. 4 ss), dont rien ne permet de penser qu'elle serait incomplète ou passerait sous silence des éléments pertinents. L'expertise du 20 octobre 2020 reproduit *in extenso* la synthèse susmentionnée (p. 12 ss) et se fonde également, on l'a vu, sur un entretien avec le psychiatre actuel du recourant à la prison de B_____. Enfin, comme le relève le jugement querellé, l'audition du Dr D_____ a permis au recourant de poser toutes les questions qu'il estimait utiles à ce sujet. Il n'y a pas lieu, dans ces conditions, d'ordonner l'apport de l'intégralité de son dossier médical, mesure que le TAPEM pouvait dès lors valablement refuser.

En outre, si, dans son jugement du 20 juillet 2017, le TAPEM avait estimé devoir disposer d'éléments médicaux à jour pour examiner les conditions de l'art. 65 CP, il n'a toutefois jamais considéré devoir les recueillir lui-même, mais a bien plus chargé

le SAPEM de cette mission, afin de les soumettre au Dr J_____ en vue d'un complément d'expertise (consid. 5). Le recourant ne saurait en déduire qu'il appartenait au TAPEM de procéder directement aux actes d'instruction sollicités. Enfin, il ne peut rien tirer à cet égard de l'arrêt du 7 octobre 2019, dans lequel le Tribunal fédéral a précisé que le recourant aurait l'occasion de requérir l'administration de preuves supplémentaires devant les autorités cantonales auxquelles la cause était renvoyée (consid. 3), sans toutefois examiner la question d'une appréciation anticipée des preuves. Le grief sera donc rejeté, étant précisé que les critiques formelles élevées à l'encontre de l'expertise du 20 octobre 2020 seront examinées ci-dessous.

5. Le recourant critique le raisonnement du TAPEM s'agissant de l'art. 65 al. 1 CP. Il formule quatre principaux griefs à cet égard.

5.1. Premièrement, le recourant estime que le TAPEM aurait violé le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 7 octobre 2019.

5.1.1. Le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi découle du droit fédéral non écrit (ATF 143 IV 214 consid. 5.3.3 p. 222). Conformément à ce principe, l'autorité cantonale à laquelle la cause est renvoyée par le Tribunal fédéral est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle est ainsi liée par ce qui a déjà été définitivement tranché par le Tribunal fédéral et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui ou l'ont été sans succès (ATF 143 IV 214 consid. 5.2.1 p. 220 ; 131 III 91 consid. 5.2 p. 94). La motivation de l'arrêt de renvoi détermine dans quelle mesure l'autorité précédente est liée à la première décision et fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique (ATF 135 III 334 consid. 2 p. 335 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_944/2020 du 19 janvier 2021 consid. 2.1).

5.1.2. En l'espèce, dans son arrêt du 7 octobre 2019, le Tribunal fédéral, après avoir posé les principes juridiques applicables à l'art. 65 al. 1 CP (consid. 2.3), a examiné si la Chambre de céans avait fondé sa décision sur des faits ou des moyens de preuve nouveaux, puis si ces éléments existaient déjà lorsque le jugement du 6 mars 2009, respectivement l'arrêt du 19 juin 2009, avait été rendu (consid. 2.4).

S'agissant de la première partie du raisonnement, le Tribunal fédéral a validé les considérations de la Chambre de céans et qualifié les troubles constatés dans l'expertise du 6 juillet 2019 et dans le complément du 20 décembre 2017 – soit les troubles psychotiques liés à l'usage du cannabis, les troubles de la personnalité mixte associant des traits de personnalité narcissique et des traits de personnalité dyssociale et la psychose non organique – de faits nouveaux, dès lors qu'ils n'étaient pas connus à l'époque du jugement de 2009 (consid. 2.4.2). S'agissant de la seconde partie du raisonnement, le Tribunal fédéral a constaté que l'état de fait de la Chambre de céans,

fondé sur l'expertise susmentionnée et son complément, ainsi que sur les déclarations du Dr J_____ au TAPEM, ne permettait pas de déterminer si les conditions d'une mesure à titre de l'art. 59 CP étaient déjà remplies au moment du jugement initial ou si elles ne l'avaient été que postérieurement à cette décision. L'expert n'avait fait que formuler des hypothèses et exprimer ses interrogations. La cause était ainsi renvoyée à l'autorité cantonale pour qu'elle complète son état de fait – notamment en requérant un complément d'expertise psychiatrique –, afin de déterminer si les pathologies psychiques constatées chez le recourant en 2016 puis 2017 avaient été à l'origine des événements du 15 mai 2007 (consid. 2.4.3).

Ce faisant, le Tribunal fédéral n'a, contrairement à ce que semble penser le recourant, aucunement limité la marge de manœuvre de l'expert chargé du nouveau complément d'expertise – ni celle des autorités cantonales appelées à se prononcer une nouvelle fois sur les conditions de l'art. 65 al. 1 CP – aux seuls troubles diagnostiqués en 2016 et 2017. Il s'est uniquement fondé sur les pathologies psychiques qui ressortaient de l'état de fait cantonal, sans toutefois trancher définitivement la question en ce sens que seules lesdites pathologies devraient entrer en considération comme faits nouveaux. Ainsi, l'expert, et à sa suite le TAPEM, n'étaient nullement liés par la motivation de l'arrêt de renvoi sur les troubles précédemment diagnostiqués chez le recourant. En constatant, dans l'expertise du 20 octobre 2020, que celui-ci souffrait désormais d'un trouble délirant persistant (CIM F22.0), en lieu et place d'une psychose organique sans précision (CIM F29), comme le retenait encore l'expertise du 20 décembre 2017, l'expert n'a dès lors pas outrepassé le cadre fixé par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 octobre 2019, à supposer même que le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi s'adresse également aux experts judiciaires.

Au demeurant, on doit retenir qu'en posant le diagnostic de trouble délirant persistant (CIM F22.0), le Dr D_____ n'a fait qu'affiner son diagnostic précédent, qui concluait à une psychose organique sans précision (CIM F29). Le rapport d'expertise du 20 octobre 2020 doit se comprendre en ce sens, dès lors qu'il lie les évènements de mai 2007 aux troubles diagnostiqués en 2016 et 2017 (p. 23, 5ème question) et que, dans la discussion consacrée à l'évolution de l'état psychique du recourant (p. 20 s.), l'expert ne distingue pas entre l'un ou l'autre de ces troubles, mais évoque au contraire une seule et même maladie psychiatrique. Devant le TAPEM, l'expert a encore donné des explications détaillées et dénuées d'ambiguïté sur les liens entre ces deux diagnostics, usant de l'image des poupées russes pour démontrer que la psychose organique sans précision comprend en réalité le trouble délirant persistant.

La Chambre de céans ne voit aucune raison de s'éloigner de ces explications qui, contrairement à ce qu'affirme le recourant, emportent la conviction. Elles sont en outre confortées par les définitions données par le système de classification CIM 10 de l'OMS (<https://icd.who.int/browse10/2008/fr> [consulté le 29 mars 2021]), sur lequel se fonde le recourant lui-même : ainsi, la description du trouble délirant persistant (CIM F22.0) correspond manifestement aux explications de l'expert au

TAPEM, tandis que pour la psychose organique sans précision (CIM F29), il est seulement précisé qu'elle inclut la "*Psychose SAI*" (pour Sans Autre Indication) et exclut la "*Psychose organique ou symptomatique SAI (F09)*" et le "*Trouble mental SAI (F99)*", ce qui, ici aussi, confirme les déclarations de l'expert quant au caractère résiduel ou générique de ce trouble par rapport au premier. Ainsi, si différence il y a, c'est uniquement en raison des symptômes multiples qui ont pu être observés récemment chez le recourant (cf. ég. les déclarations en ce sens de l'expert au TAPEM) et qui ont permis de poser un diagnostic plus précis en lien avec une affection psychique déjà présente auparavant.

On notera du reste que, selon la jurisprudence, le diagnostic ne doit pas en toutes circonstances s'inscrire dans un système de classification comme la CIM. Si le catalogue de diagnostics contenu dans le CIM doit certes permettre d'identifier, à l'aide de critères fiables et opérationnels, la présence d'un grave trouble mental au sens de l'art. 59 CP, il ne saurait être déterminant à lui seul (ATF 146 IV 1 consid. 3.5.5 p. 18 ss). La gravité du trouble au sens de l'art. 59 CP découle de l'intensité du lien qui existe entre ledit trouble (qui doit être constaté médicalement) et l'infraction (ATF 146 IV 1 consid. 3.5.6 p. 20 s.) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le trouble diagnostiqué chez le recourant, qu'il soit finalement qualifié de trouble persistant ou de psychose organique sans précision au regard de la CIM, repose dans tous les cas sur des constatations médicales, soit sur une ou plusieurs expertises psychiatriques. On verra en outre ci-dessous que ce trouble constitue bien un grave trouble mental au sens de l'art. 59 CP (cf. consid. **6.2.** *infra*). En l'état toutefois, ce qui précède entraîne le rejet du grief de violation du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi.

5.2. Deuxièmement, le recourant remet en question le caractère probant du complément d'expertise psychiatrique du 20 octobre 2020 et/ou des déclarations de son auteur au TAPEM, ce qui justifierait qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

5.2.1. Selon l'art. 56 al. 3 CP, en cas de changement de sanction au sens de l'art. 65 notamment, le juge se fonde sur une expertise. Celle-ci se détermine sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement (let. a), sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci (let. b) et sur les possibilités de faire exécuter la mesure (let. c).

Aux termes de l'art. 189 CPP, la direction de la procédure fait, d'office ou à la demande d'une partie, compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert, notamment si l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a) ou si l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c). L'expertise doit être considérée comme incomplète ou peu claire au sens de cette disposition notamment lorsqu'elle ne répond pas à toutes les questions posées, n'est pas fondée sur l'ensemble des pièces transmises à l'expert, fait abstraction de connaissances

scientifiques actuelles ou ne répond pas aux questions de manière compréhensible ou logique (arrêt du Tribunal fédéral 6B_698/2018 du 26 octobre 2018 consid. 1.1 et les arrêts cités).

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. Inversement, 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. À défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3 p. 53 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_993/2020 du 13 octobre 2020 consid. 1.1 ; 6B_56/2018 du 2 août 2018 consid. 2.1 non publié in ATF 144 IV 302).

5.2.2. En l'espèce, le complément d'expertise du 20 octobre 2020 répond de manière complète et précise à toute les questions posées par le TAPEM. Le Dr D_____ a en outre été entendu par le TAPEM et amené à préciser et à commenter certaines parties de son rapport, sans qu'on discerne le moindre élément susceptible de remettre en question les conclusions de ce dernier.

Les arguments soulevés par le recourant dans ce cadre sont dénués de pertinence : ainsi, lorsqu'il affirme que l'expert a déclaré qu'en 2007, la pathologie n'était pas présente dans la totalité de sa symptomatologie, il ne reprend qu'une partie tronquée des propos effectivement tenus (soit "*La pathologie était présente en grande partie mais pas en totalité. La pathologie n'était pas présente comme elle l'était aujourd'hui, mais elle était là, pas dans la totalité de sa symptomatologie. Les symptômes pathologiques ne s'exprimaient pas au début de manière bruyante. Ces symptômes étaient visibles mais n'étaient pas constamment présents*" [procès-verbal du 12 janvier 2021, p. 4]), lesquels permettent clairement de retenir l'existence d'une partie des symptômes de la pathologie à cette époque déjà, indépendamment de la définition du terme "*symptomatologie*" proposée par un dictionnaire (général) en ligne (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]) et reprise par le recourant. La situation n'est dès lors aucunement comparable à celle d'un juge du fond, forcé d'acquitter le prévenu en l'absence de l'un des éléments constitutifs de l'infraction, étant du reste précisé que dans l'examen des conditions d'une mesure, le principe "*in dubio pro reo*" ne s'applique pas (ATF 137 IV 201 consid. 1.2 p. 202 s. ; 127 IV 1 consid. 2a p. 4 s.).

Ensuite, en soutenant que l'expertise serait contradictoire, le recourant méconnaît manifestement le contenu de celle-ci : contrairement à ce qu'il affirme, le rapport du 20 octobre 2020 ne se fonde à aucun moment sur une meilleure connaissance

théorique des troubles schizophréniques, mais se contente d'apprécier son état mental à la lumière des treize années écoulées depuis les évènements de mai 2007 (p. 20). S'il est fait référence à l'état actuel des connaissances, ce n'est pas pour affirmer que celles-ci auraient évolué depuis 2008, mais uniquement pour expliquer le développement des maladies psychiatriques graves, qui connaissent d'abord plusieurs crises successives espacées, avant d'aboutir à un tableau de délire chronique. Ainsi, en affirmant devant le TAPEM que les connaissances médicales et la manière de travailler n'avaient pas évolué depuis cette époque, le Dr D_____ ne s'est nullement contredit.

Au TAPEM, le prénommé a précisé ce qu'il entendait par la phrase "*Les actes criminels commis en 2007 apparaissaient alors comme « l'avant-garde » ou « l'épisode inaugural » de la maladie psychiatrique qui allait se constituer dans les années suivantes*" (p. 20), et notamment l'usage du terme "*se constituer*". Il a ainsi expliqué qu'il entendait décrire la même réalité biologique que par les termes "*prémices des troubles diagnostiqués* [chez le recourant] *en 2016 et 2017*" (p. 21), puis a enchaîné sur les déclarations déjà reproduites ci-dessus concernant l'existence de la pathologie à l'époque des faits déjà. Le recourant ne peut dès lors plus valablement affirmer que l'expert avait retenu que la maladie n'était pas encore constituée en 2007. Enfin, en tant que le recourant dénonce le raisonnement "*à l'envers*" opéré par l'expert (en p. 20 de son rapport), il ne démontre pas en quoi les explications détaillées de ce dernier par rapport aux évènements de mai 2007 – rendues nécessaires par les conditions d'application de l'art. 65 al. 1 CP (cf. consid. **5.3.1.** *infra*) – seraient en elles-mêmes contradictoires ou entachées de défauts tels que leur valeur probante serait remise en question. Le grief sera rejeté.

5.3. Troisièmement, le recourant critique le raisonnement du TAPEM. On comprend qu'il se prévaut d'une violation de l'art. 65 al. 1 CP, notamment en lien avec le principe "*ne bis in idem*".

5.3.1. Aux termes de l'art. 65 al. 1 CP, 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.

Le changement ultérieur d'une peine en une mesure thérapeutique institutionnelle constitue une atteinte à la force de chose jugée du jugement au fond. Partant, il convient d'examiner si la transformation d'une peine en une mesure est conforme au droit conventionnel au regard du principe "*ne bis in idem*", garanti notamment par l'art. 4 par. 1 du protocole n° 7 à la CEDH. Le prononcé ultérieur d'une mesure thérapeutique institutionnelle à la place d'une peine nécessite des faits ou des moyens de preuve nouveaux, lesquels doivent se révéler avant ou pendant l'exécution de la peine – soit après l'entrée en force du jugement – et être propres à fonder les

conditions d'une mesure. Les faits ou les moyens de preuve dont l'autorité de jugement disposait au moment où elle a statué et qui ont fait l'objet du raisonnement juridique ne peuvent pas à nouveau être présentés, en raison de l'interdiction découlant du principe "*ne bis in idem*" (ATF 142 IV 307 consid. 2.3 p. 309 s.).

Dans l'ATF 145 IV 383, rendu dans la présente procédure, le Tribunal fédéral a été amené à préciser les conditions de l'art. 65 al. 1 CP s'agissant de l'exigence de faits ou de moyens de preuve nouveaux, au regard du principe "*ne bis in idem*". Ainsi, le prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle à titre de l'art. 65 al. 1 CP avant ou pendant l'exécution d'une peine privative de liberté ne peut être envisagé que si les conditions de cette mesure étaient déjà remplies au moment du jugement, comme c'est le cas pour le prononcé d'un internement selon l'art. 65 al. 2 CP. Des faits survenus – respectivement des moyens de preuve obtenus – postérieurement audit jugement peuvent certes être pris en compte par le juge et – cas échéant – par l'expert judiciaire, afin d'examiner, d'une part, si les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle sont actuellement remplies et, d'autre part, si celles-ci l'étaient déjà au moment de cette décision. En revanche, le juge ne saurait adapter le jugement entré en force à un autre état de fait, en justifiant sa décision par l'attitude actuelle du condamné, par l'évolution de sa situation pendant sa détention, en particulier par un refus de traitement, des menaces proférées ou encore une agression commise. En d'autres termes, le juge ne peut pas – pour retenir que les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle étaient déjà remplies au moment du jugement – s'appuyer sur un fait qui n'existait pas alors et qui est survenu postérieurement. Il peut cependant tenir compte d'une expertise permettant d'établir que les faits retenus par le premier jugement étaient faux ou imprécis, mettant en lumière des erreurs claires de nature à ébranler le fondement du premier jugement ou fondée sur de nouvelles connaissances ou une nouvelle méthode (ATF 145 IV 383 consid. 2.3 p. 339 et les références citées).

5.3.2. En l'espèce, sur la base du complément d'expertise du 20 octobre 2020, dont on a vu que rien ne permettait de remettre en cause l'exploitabilité ou le caractère probant, le TAPEM pouvait à juste titre retenir que les pathologies psychiques constatées chez le recourant en 2016 et 2017, voire même en 2020 seulement, constituaient des faits nouveaux, au sens de l'art. 65 al. 1 CP, qui existaient déjà au moment du jugement initial, mais n'avaient alors pas été détectés.

Le rapport du 20 octobre 2020, que ce soit dans sa discussion de l'état psychique du recourant (p. 20 ss) ou dans les réponses apportées aux questions du TAPEM (p. 23 ss), relève en effet clairement que les troubles diagnostiqués ces dernières années – qui doivent être considérés comme des faits nouveaux – étaient présents lors des événements du 15 mai 2007.

Comme le souligne le recourant, cette conclusion est diamétralement opposée à celle retenue par le Dr H_____ dans son expertise de 2008. Cette circonstance n'a pas échappé au Dr D_____, lequel observe, dans son rapport, que son appréciation de l'état mental du recourant au moment des faits est effectivement différente de celle du premier expert (p. 20). Ce constat nouveau est fondé sur l'évolution du recourant au cours des treize années écoulées depuis les événements de mai 2007, permettant à l'expert de qualifier ceux-ci d'"*avant-garde*" ou d'"*épisode inaugural*" de la maladie psychiatrique qui s'est aggravée depuis lors, pour aboutir en dernier lieu à un état délirant chronique. L'expert peut dès lors expliquer la motivation du recourant lors du passage à l'acte en 2007, tout comme l'étrangeté de son comportement subséquent. Il peut également expliquer la période de relative tranquillité qu'a connue le recourant jusqu'en 2013, dès lors que c'est le propre des maladies psychiatriques que de débuter par des crises successives, entrecoupées de phases plus saines, puis de s'aggraver progressivement. Lors de son audition par le TAPEM, le Dr D_____ a déclaré que l'expert de 2008 n'avait pas le "*recul suffisant*" pour conclure à la présence d'un trouble mental chez le recourant, et que l'évolution des différentes constatations médicales depuis 2016, voire 2008, s'apparentait à une "*errance diagnostique*".

Ces éléments permettent ainsi de retenir que les faits retenus en 2009 par les juges de la Cour d'assises, puis de la Cour de cassation, étaient imprécis, voire erronés, car se fondant sur une expertise qui concluait à l'absence de pathologie psychiatrique, en dépit de l'existence d'un tel trouble à l'époque déjà.

Quant à l'expertise de 2016 et à son complément de 2017, il faut reconnaître que la première partie du raisonnement du jugement querellé, qui y fait référence, pourrait prêter à confusion. Le TAPEM reprend en effet la même motivation que celle de son jugement du 13 mars 2018 et évoque les déclarations du Dr J_____ au TAPEM quant à une éventuelle bouffée délirante, le probable début de la problématique psychotique à l'adolescence et les problèmes scolaires du recourant (p. 29 du jugement querellé), soit autant d'éléments considérés comme insuffisants par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 octobre 2019 (consid. 2.4.3). Cela étant, le TAPEM consacre ensuite une grande partie de ses considérants à l'expertise du 20 octobre 2020 et aux conclusions de celle-ci (p. 29 s.). Le recourant, qui ne se plaint pas d'une violation du droit d'être entendu à cet égard, a manifestement compris que cette expertise constituait le fondement principal du jugement querellé, puisque l'essentiel des griefs soulevés dans son recours s'y rapportent.

Il n'y a ensuite rien de critiquable à ce que le TAPEM se réfère à l'évolution du diagnostic entre l'expertise du Dr J_____ de 2016, qui ne retenait pas le diagnostic de psychose et se fondait sur la prise de cannabis, et celle du même médecin et du Dr D_____ de 2017, qui concluait à l'existence d'une telle psychose, indépendamment de la consommation de cannabis. Cette évolution a fait l'objet d'explications circonstanciées du Dr D_____ lors de son audition, portant notamment sur la difficulté à identifier la pathologie, en raison des autres facteurs considérés,

notamment la prise de cannabis. L'expert a encore confirmé que la psychose était bien indépendante de la prise de cannabis et écarté la conclusion de son collègue datant de 2016. Il a enfin relevé que les diagnostics posés depuis 2016 étaient plutôt convergents, les premiers étant généraux, et le dernier plus précis. Cette analyse peut être partagée : en 2016, l'expert s'est interrogé sur l'existence d'un état dissociatif au moment des évènements de 2007, en raison de l'apparition de symptômes évocateurs d'une problématique psychotique ; l'expertise fait d'ailleurs état d'un fort doute sur la vulnérabilité aux épisodes dissociatifs. En 2017, les experts ont posé le diagnostic de psychose non organique sans précision, qui était alors "*l'élément le plus saillant*" dans l'évaluation de l'état mental du recourant ; lors de son audition devant le TAPEM, le Dr J_____ a formulé des hypothèses et exprimé ses interrogations quant à la présence de cette psychose au moment des faits. En 2020, l'expert a confirmé l'existence de la psychose, sous forme de trouble délirant persistant, plus précis qu'une psychose non organique sans précision, dont la présence au premier plan ne permettait pas d'évaluer les deux autres troubles diagnostiqués (dépendance au cannabis et trouble de la personnalité) ; l'expert a pu constater que les évènements de 2007 étaient en lien de causalité direct avec le trouble et a su expliquer l'évolution de la pathologie depuis lors. On ne discerne pas, dans ce cadre, de divergences sur de nombreux points essentiels (comme le soutient pourtant le recourant), pour lesquels la dernière expertise n'apporterait pas de réponse. Au contraire, il faut constater la place toujours plus importante prise par la problématique psychotique dans l'évaluation du recourant au cours de ces dernières années, ainsi que la certitude grandissante des experts quant à l'existence de cette pathologie au moment des faits du 15 mai 2007. Le grief sera rejeté.

5.4. Quatrièmement, le recourant estime que le lien de causalité entre le jugement de 2009 et sa privation de liberté aurait fini par se rompre.

5.4.1. Hormis le principe "*ne bis in idem*", la compatibilité de l'art. 65 al. 1 CP avec les garanties issues de la CEDH se pose également en lien avec l'art. 5 par. 1 CEDH.

Selon cette disposition, toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas – pertinents pour la présente cause – suivants et selon les voies légales : s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent (let. a) ou s'il s'agit, notamment, de la détention régulière d'un aliéné (let. e).

Dans un arrêt de 2018, la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) a condamné la Suisse pour violation de cette disposition en lien avec l'art. 65 CP (arrêt *Kadusic c. Suisse* du 9 janvier 2018 [requête n° 43977/13]). Elle a rappelé que l'art. 5 par. 1 let. a CEDH implique un lien de causalité suffisant entre la condamnation et la mesure privative de liberté, lien qui peut finir par se rompre au cas où une décision de ne pas libérer se fonderait sur des motifs incompatibles avec les objectifs visés par

la décision initiale (de la juridiction de jugement) ou sur une appréciation non raisonnable eu égard à ces objectifs (§ 40). La privation de liberté des personnes atteintes de troubles mentaux au sens de l'art. 5 par. 1 let. e CEDH nécessite que les trois conditions suivantes au moins soient réunies : premièrement, l'aliénation de l'individu concerné doit avoir été établie de manière probante, notamment au travers d'une expertise psychiatrique ; deuxièmement, le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement ; troisièmement, l'internement ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble (§ 42 s.). L'expertise doit être suffisamment récente pour permettre aux autorités compétentes d'apprécier la condition clinique de la personne concernée au moment où la légalité de la détention est examinée (§ 44). Enfin, il doit exister un certain lien entre le motif invoqué pour la privation de liberté autorisée et les lieu et régime de la privation de liberté. En principe, la "*détention*" d'une personne en tant que malade mental ne sera "*régulière*" au regard de l'art. 5 § 1 CEDH que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié (§ 45).

Dans l'affaire soumise à la CourEDH, les autorités suisses avaient appliqué par analogie les règles sur la révision du jugement (art. 65 al. 2 CP) pour soumettre le requérant à une mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59 CP) qui n'était pas initialement prévue par ledit jugement (§ 47). Sur cette base, la CourEDH s'est déclarée prête à accepter que le prononcé de la mesure litigieuse était une correction du jugement initial à la suite de la découverte de faits pertinents nouveaux et que l'application des règles sur la révision pouvait constituer un lien de causalité entre la condamnation initiale et la mesure litigieuse, comme l'exige l'art. 5 par. 1 let. a CEDH (§ 50). Pour examiner si ce lien n'avait pas fini par se rompre et si la privation de liberté n'était donc pas intervenue arbitrairement, la CourEDH a estimé approprié de prendre en compte des éléments qui relèvent *a priori* plus de l'art. 5 par. 1 let. e CEDH dans l'analyse de la justification de la mesure en vertu de l'art. 5 par. 1 let. a CEDH (§ 52). En l'occurrence, la mesure litigieuse avait été ordonnée plus de sept ans après la condamnation initiale du requérant et seulement sept mois avant sa libération. Ces éléments n'étaient pas déterminants à eux seuls, mais constituaient néanmoins des indices à prendre en compte (§ 53). La mesure avait en outre été décidée presque deux ans et deux mois après le rapport d'expertise complémentaire et presque trois ans et onze mois après le rapport d'expertise, soit des laps de temps excessifs (§ 54 s.). Enfin, au jour du dépôt de sa requête à la CourEDH, le requérant se trouvait encore en prison, soit une institution manifestement inadaptée aux troubles dont il souffrait et ce, en dépit de l'existence d'établissements adéquats. Par ailleurs, le refus du requérant de se soumettre à un traitement psychiatrique quelconque ne pouvait pas justifier l'inadéquation de son lieu de placement depuis des années (§ 56 ss).

Cet arrêt a été salué en doctrine, laquelle a encore précisé, s'agissant de la privation de liberté de l'art. 5 par. 1 let. e CEDH, que le lieu de détention devait alors être approprié au traitement du trouble mental, ce qui n'était pas le cas s'agissant d'une

mesure thérapeutique institutionnelle en milieu carcéral, tel que le permettait l'art. 59 al. 3 CP (L. MOREILLON *et al.* (éds), *Commentaire romand : Code pénal I*, 2e éd., Bâle 2020, n. 11 ad art. 65 et les arrêts cités). La particularité de l'affaire *Kadusic* était la présence d'une expertise qui concluait à l'existence de troubles psychiques au moment de l'infraction déjà, ce qui permettait d'affirmer que le prononcé ultérieur de la mesure visait en réalité à réviser le jugement initial (*ibid.*, n. 11a ad art. 65).

5.4.2. En l'espèce, on doit admettre que les conditions du changement de sanction de l'art. 65 al. 1 CP, telles qu'elles ont été précisées dans l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 octobre 2019, permettent de rapprocher cette procédure de la voie de la révision, ayant pour but de corriger le jugement initial à l'aune de faits nouvellement découverts (cf. aussi L. MOREILLON *et al.* (éds), *op. cit.*, n. 12d ad art. 65). Il convient donc d'appliquer les critères de l'arrêt *Kadusic* pour examiner s'il existe un lien de causalité entre la condamnation du recourant en 2009 et la privation de liberté entraînée par la mesure thérapeutique institutionnelle prononcée par le TAPEM.

Pour seul argument, le recourant soutient que le temps écoulé entre le jugement initial et la proximité actuelle de la fin de sa peine seraient similaires à ceux de l'affaire *Kadusic*, dans laquelle la CourEDH a conclu à la violation de l'art. 5 par.1 CEDH. Il faut reconnaître que le temps écoulé depuis le jugement de la Cour d'assises du 6 mars 2009 – soit, au jour du jugement querellé, plus de 11 ans et 2 mois – est important, plus encore que les faits à la base de l'arrêt *Kadusic*, où le jugement initial remontait à plus de sept ans. Cependant, on doit aussi constater que le jugement querellé a été rendu près d'un an et demi avant la fin des peines, fixée au 18 juillet 2022, soit un laps de temps sensiblement supérieur aux sept mois de l'arrêt précité.

Hormis ces deux indices, qui ne sont du reste pas déterminants à eux seuls, le recourant ne se prononce pas sur les différences entre la présente cause et les faits à la base de l'arrêt *Kadusic*. Or, ces différences sont importantes : en l'occurrence, la dernière expertise date du 20 octobre 2020, soit moins de trois mois avant le prononcé de la mesure litigieuse, contre deux, respectivement trois ans dans l'arrêt précité. Par ailleurs, la mesure thérapeutique institutionnelle prononcée dans le jugement querellé doit justement permettre au SAPEM de transférer le recourant à brève échéance dans un établissement psychiatrique adapté aux troubles qui sont les siens – les experts s'étant prononcés ayant tous parlé de L_____ comme d'une institution appropriée –, contrairement à l'affaire précitée, dans laquelle le requérant se trouvait encore en prison au jour du dépôt de sa requête à la CourEDH. Enfin, le refus du recourant de se soumettre à un traitement psychiatrique peut également s'expliquer par le cadre strictement carcéral dans lequel il évolue actuellement, qui n'est manifestement pas adapté au traitement de sa maladie et ne permet pas d'instaurer un lien thérapeutique suffisant.

Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, la privation de liberté entraînée par le prononcé de la mesure litigieuse n'est pas contraire à l'art. 5 par. 1 let. a CEDH, cas échéant interprété à l'aune des éléments propres à la let. e de cette même disposition. Le grief doit être rejeté.

5.5. Il résulte de ce qui précède que le TAPEM pouvait se fonder sur le complément d'expertise du 20 octobre 2020 pour retenir que le trouble mental dont souffre le recourant constituait un fait nouveau au sens de l'art. 65 al. 1 CP et que ce trouble était à l'origine des évènements du 15 mai 2007.

6. Le recourant soulève enfin divers griefs liés à la mesure thérapeutique institutionnelle en tant que telle, notamment l'absence de chances de succès.

6.1. Aux termes de l'art. 59 al. 1 CP, lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel si l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble (let. a) et s'il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble (let. b). Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures (art. 59 al. 2 CP). Il s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuie ou ne commette de nouvelles infractions. 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 CP).

Selon l'art. 56 al. 3 CP, en cas de changement de sanction au sens de l'art. 65 notamment, le juge se fonde sur une expertise. Il a été vu ci-dessus (consid. **5.2.1.** *supra*) que cette expertise doit se déterminer sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement (let. a), sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci (let. b) et sur les possibilités de faire exécuter la mesure (let. c). Dans ce cadre, l'expert devra se prononcer, en particulier, sur la forme du traitement et la mesure qui lui semble la plus appropriée. Il incombe cependant au juge de déterminer si une mesure doit être ordonnée et, cas échéant, laquelle. En effet, ce n'est pas à l'expert, mais bien au juge qu'il appartient de résoudre les questions juridiques qui se posent, dans le complexe de faits faisant l'objet de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 6B_993/2020 précité consid. 1.1 et les références citées).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 6B_835/2017 du 22 mars 2018 consid. 5.2.2 et les arrêts cités). Le fait que la motivation de la personne soumise à la mesure fasse défaut lors de son prononcé n'est pas déterminant, dès lors que l'intéressé est susceptible d'être motivé,

l'acceptation de la thérapie constituant souvent le premier objectif de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1321/2017 du 26 avril 2018 consid. 4.3 et les arrêts cités ; L. MOREILLON *et al.* (éds), *op. cit.*, n. 21b ad art. 59). Le traitement institutionnel des troubles mentaux prévu par l'art. 59 CP comprend le traitement médical ou les soins spéciaux, voire aussi la médication forcée, si celle-ci se révèle nécessaire et qu'elle respecte la déontologie médicale (ATF 130 IV 49 consid. 3.3 p. 52 ; ATF 127 IV 154 consid. 3d p. 159). Ce sont les autorités d'exécution qui sont compétentes pour ordonner une médication forcée (ATF 142 IV 1 consid. 2.4.5 p. 9 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1091/2019 du 16 octobre 2019 consid. 4.2). Si toutefois, au moment où la mesure est ordonnée, la médication forcée paraît déjà indispensable pour traiter le délinquant, le juge pénal la mentionne expressément dans les considérants du jugement (ATF 130 IV 49 consid. 3.3 p. 52).

6.2. En l'espèce, les troubles diagnostiqués par l'expert dans son complément d'expertise du 20 octobre 2020, en particulier le trouble délirant persistant dont souffre le recourant, constituent de toute évidence un grave trouble mental au sens de l'art. 59 al. 1 CP. L'expertise retient d'ailleurs que ces troubles étaient présents avec une gravité élevée lors des évènements de 2007, et il a été vu ci-dessus qu'ils étaient en lien de causalité directe avec les infractions alors commises par le recourant. L'expert a également considéré qu'en l'état actuel, le risque de récidive violente était très élevé, précisant qu'un passage à l'acte violent était susceptible de survenir à tout moment en cas de contrariété. Aucun élément ne permet de s'écarter de ces conclusions.

Le recourant ne conteste du reste pas la gravité de son trouble, relevant uniquement que le Tribunal fédéral avait considéré que les troubles évoqués dans les expertises de 2016 et 2017 n'étaient pas suffisants pour prononcer une mesure (ch. 113), ce qui est au demeurant erroné, puisque dans son arrêt du 7 octobre 2019, le Tribunal fédéral a précisément pu se dispenser d'examiner les conditions de l'art. 59 CP, et donc la gravité des troubles diagnostiqués (cf. consid. 3).

En revanche, le recourant est d'avis qu'une mesure thérapeutique institutionnelle serait vouée à l'échec. On peut à cet égard reprendre les éléments déjà relevés dans l'ACPR/423/2018 (consid. 4.2.2), qui sont encore pertinents aujourd'hui : ainsi, si le recourant refuse toujours tout traitement médicamenteux (cf. expertise du 20 octobre 2020, p. 19 et 23 [réponse à la question 2]), cette circonstance n'est pas déterminante à elle seule au moment du prononcé de la mesure, qui exige de l'intéressé qu'il soit à tout le moins susceptible d'être motivé. On relève à cet égard que, selon le rapport de suivi médico-psychologique du 17 octobre 2017, les séjours du recourant à L_____ s'inscrivaient dans un contexte de décompensations psychotiques et répondaient ainsi à une certaine urgence. Ces courts séjours n'ont donc pas permis de construire une véritable relation thérapeutique entre le recourant et le personnel soignant, ce qui a par ailleurs été confirmé par le Dr J_____ devant le TAPEM. Il ressort des déclarations de l'expert et de la synthèse du dossier médical figurant dans le

complément d'expertise que le recourant semble accepter de temps en temps de prendre un traitement. En outre, le recourant semble avoir pu établir une bonne alliance thérapeutique avec la Dresse F_____ avant que celle-ci ne quitte le service de médecine pénitentiaire, ce qui montre qu'il n'est pas complétement réfractaire à l'idée même d'une thérapie.

Par ailleurs, lors de son audition du 20 juillet 2017, le recourant avait déclaré que, malgré son refus de prendre des médicaments, il ne serait pas forcément opposé à voir des psychiatres à L_____. Ces déclarations lui ont été lues par le TAPEM lors de la dernière audience du 12 janvier 2021, et le recourant n'a pas souhaité les compléter ou les rectifier. Quant aux doutes du Dr M_____, lequel a déclaré à l'expert craindre que le recourant ne soit inaccessible au traitement, ils ne permettent pas de nier toute chance de succès à ce stade, étant du reste précisé que l'expertise de 2020 conclut à ce qu'une mesure institutionnelle fermée est susceptible de diminuer le risque de récidive (p. 22) et renvoie à cet égard aux conclusions de l'expertise de 2017 (p. 24, 8ème question, let. b), qui retenait pour sa part que la thérapie et la prise en charge psychiatrique ne semblaient pas, à longue échéance, vouées à l'échec. Lors de son audition en 2018, le Dr J_____ s'était d'ailleurs montré relativement confiant dans les possibilités d'amender le délire par un traitement antipsychotique.

Il faut dès lors retenir que le recourant présente une motivation suffisante pour être pris en charge dans un établissement spécialisé et envisager la thérapie qui y sera mise en place, et que le traitement institutionnel envisagé pourra conduire à une amélioration de son pronostic légal.

Si, dans ce cadre, il apparaît qu'une médication forcée doit lui être administrée, il appartiendra à l'autorité d'exécution compétente (le SAPEM) de l'ordonner, dans le strict respect du principe de proportionnalité et de la déontologie médicale. Selon les déclarations du Dr J_____ au TAPEM en 2018, une telle médication forcée serait cas échéant indiquée, notamment lors de phases de décompensation. Les traitements antipsychotiques déjà administrés lors des précédentes hospitalisations du recourant à L_____ auraient d'ailleurs permis une nette amélioration des troubles du comportement et une diminution du délire. L'expertise du 20 octobre 2020 préconise également l'instauration d'un traitement médicamenteux de type neuroleptique, éventuellement pratiqué sans le consentement de l'intéressé.

À cet égard, le recourant ne peut rien tirer de la déclaration du Dr D_____ au TAPEM, selon laquelle son état en 2008 n'aurait probablement pas permis, d'un point de vue éthique, de mettre en place une médication forcée. Cette déclaration se comprend quand on la lie à la description, par l'expert, de l'évolution de la maladie du recourant, qui a connu un "*épisode inaugural*" en 2007, puis une phase plus calme jusqu'en 2013. C'est donc en lien avec l'absence de symptômes apparents au moment de la première expertise – contrairement à l'état de décompensation psychotique

grave dans lequel se trouve actuellement le recourant – que l'expert a estimé qu'un traitement forcé en 2008 lui paraissait, d'un point de vue éthique, contre-indiqué. Cela ne signifie toutefois pas que les conditions d'une mesure au sens de l'art. 59 CP n'étaient pas déjà remplies à l'époque, ni qu'une telle mesure était alors vouée à l'échec, étant à cet égard précisé que l'expert a exprimé l'avis que, si un traitement adapté avait été mis en œuvre en 2008, l'évolution de la pathologie aurait été moins négative. En outre, le fait que l'établissement aujourd'hui préconisé par l'expert, L_____, n'existait pas en 2008 n'empêchait pas non plus le prononcé de la mesure au moment du jugement de 2009. Le Dr D_____ a d'ailleurs déclaré au TAPEM qu'il existait alors des institutions équivalentes dans d'autres cantons. Enfin, la comparaison réitérée avec l'arrêt *Kadusic*, proposée par le recourant, omet de prendre en compte une différence de taille avec cet arrêt, déjà relevée ci-dessus : le fait que la mesure litigieuse vise justement à permettre au recourant de suivre un traitement adapté à ses troubles, dans un établissement approprié, afin de diminuer son risque de récidive. La présente situation n'est en rien similaire à celle de l'arrêt précité où, au jour du dépôt de la requête auprès de la CourEDH, soit près d'un an après le prononcé de la mesure intentionnelle, le requérant se trouvait encore dans un établissement carcéral, en dépit de l'existence d'institutions adaptées à ses troubles (§ 53). En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'il existe bien, en Suisse, un établissement approprié au sens de l'art. 56 al. 5 CP (cf. arrêt du Tribunal fédéral 6B_1321/2017 du 26 avril 2018 consid. 4.4).

Pour le reste, le recourant ne remet pas en question les autres conditions au prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle – soit notamment le respect du principe de proportionnalité (art. 56 al. 2 CP) et la présence de risques de récidive et de fuite qualifiés justifiant l'exécution en milieu fermé (art. 59 al. 3 CP) – qui ont été examinées par le TAPEM dans le jugement querellé. Le grief sera rejeté.

7. Le recourant reproche enfin au TAPEM de ne pas lui avoir accordé la libération conditionnelle.

7.1. Les principes applicables à la libération conditionnelle (art. 86 CP) ont été rappelés dans l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 octobre 2019 (consid. 4.1), qui concernait les mêmes parties. Il peut donc y être renvoyé.

7.2. En l'espèce, le TAPEM renvoie aux motifs de son précédent jugement du 20 juillet 2017 et de l'arrêt de la Chambre de céans du 3 octobre 2017 (ACPR/667/2017). On peut également prendre en compte l'arrêt de la Chambre de céans du 26 août 2019 (ACPR/639/2019), plus récent, qui retient un risque concret de récidive en cas de libération conditionnelle, risque qui avait augmenté ces dernières années. Le comportement du recourant en détention, notamment la sanction du 2 décembre 2018 pour menace de mort sur un gardien, ne plaidait pas non plus en faveur d'une libération conditionnelle et renforçait l'appréciation faite du risque de

récidive. À l'époque, le pronostic était clairement défavorable, et la demande de mise en liberté prématurée. Cette appréciation vaut également aujourd'hui. Si, dernièrement, le comportement du recourant en détention ne semble pas avoir occasionné de nouvelles sanctions disciplinaires, on notera toutefois que le Dr D_____ l'explique plus par un envahissement de la maladie que par un véritable amendement. L'expert retient aussi que l'état de santé mentale du recourant s'est aggravé depuis le premier complément d'expertise de 2017, et qualifie le risque actuel de récidive violente (atteinte à l'intégrité physique d'autrui) de particulièrement élevé. Le recourant ne conteste pas ce pronostic légal, mais fonde son argumentation sur la prémisse voulant qu'un changement de sanction ne peut être prononcé, prémisse qui s'est toutefois révélée infondée. On peut d'ailleurs relever, avec le TAPEM, que la transformation d'une peine privative de liberté en une mesure thérapeutique institutionnelle selon l'art. 65 al. 1 CP exclut par essence toute libération conditionnelle selon l'art. 86 CP. En effet, tant que dure la mesure, l'exécution du solde de la peine privative de liberté est alors suspendue (cf. art. 65 al. 1, 3ème phrase CP), ce qui rend sans objet la question d'une libération conditionnelle de ladite peine. Le grief sera rejeté.

8. Infondé, le recours sera rejeté et le jugement querellé, confirmé.

9. Le recourant, qui succombe, supportera les frais envers l'État, arrêtés à CHF 1'500.- (art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale, RTFMP ; E 4 10.03).

10. La procédure cantonale s'achevant au fond et le recourant étant assisté d'un avocat d'office, il convient de l'indemniser, pour la procédure de recours uniquement.

10.1. À teneur de l'art. 135 al. 1 CPP, le défenseur d'office est indemnisé conformément au tarif des avocats de la Confédération ou du canton du for du procès. À Genève, le tarif des avocats est édicté à l'art. 16 RAJ ; il prévoit une indemnisation sur la base d'un tarif horaire de CHF 200.- pour un chef d'étude (art. 16 al. 1 let. c RAJ). Seules les heures nécessaires sont retenues ; elles sont appréciées en fonction notamment de la nature, de l'importance, et des difficultés de la cause, de la valeur litigieuse, de la qualité du travail fourni et du résultat obtenu (art. 16 al. 2 RAJ).

10.2. En l'espèce, le conseil du recourant conclut au versement d'une indemnité de CHF 4'114.14, TVA incluse, correspondant à 955 minutes (soit 15 heures et 55 minutes) de travail nécessaire pour la rédaction du recours, ainsi qu'un forfait pour les entretiens téléphoniques et correspondances avec son client. Cette indemnité paraît exagérée, malgré l'ampleur de ses écritures (trente-huit pages de recours, dont une page de garde, deux de conclusions, une de demande d'indemnité et huit de développements juridiques), qui reprennent certains développements contenus dans

son recours contre le premier jugement du TAPEM du 13 mars 2018, pour lequel il a déjà été indemnisé, et du fait qu'une partie importante des principes juridiques applicables à l'art. 65 al. 1 CP a été tranchée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 octobre 2019, ce qui réduit sensiblement la complexité du sujet abordé. Elle sera ramenée à CHF 2'585.-, correspondant à onze heures d'activité au tarif horaire de CHF 200.- (CHF 2'200.-), plus une heure pour un entretien avec le recourant (CHF 200.-) – étant précisé que le forfait de 20% courrier/téléphone ne se justifie pas en instance de recours (ACPR/762/2018 du 14 décembre 2018 consid. 3.2) – et TVA à 7.7% (CHF 185.- arrondis) compris.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA COUR :

Rejette le recours.

Condamne A_____ aux frais de la procédure de recours, fixés en totalité à CHF 1'500.-.

Alloue à Me C_____, à la charge de l'État, une indemnité de CHF 2'585.-, TVA 7.7% incluse, au titre de la défense d'office pour la procédure de recours

Notifie le présent arrêt ce jour, en copie, au recourant, soit pour lui son conseil, au TAPEM et au Ministère public.

Le communique pour information au SAPEM.

Siégeant :

Madame Corinne CHAPPUIS BUGNON, présidente; Monsieur Christian COQUOZ et Madame Daniela CHIABUDINI, juges; Monsieur Xavier VALDES, greffier.

Le greffier :	La présidente :
Xavier VALDES	Corinne CHAPPUIS BUGNON

Voie de recours :

Le Tribunal fédéral connaît, comme juridiction ordinaire de recours, des recours en matière pénale au sens de l'art. 78 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 78 à 81 et 90 ss LTF. Le recours doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète de l'arrêt attaqué.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF).

PM/95/2018 **ÉTAT DE FRAIS**

COUR DE JUSTICE

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

Débours (art. 2)		
- frais postaux	CHF	10.00
Émoluments généraux (art. 4)		
- délivrance de copies (let. a)	CHF	
- délivrance de copies (let. b)	CHF	
- état de frais (let. h)	CHF	75.00
Émoluments de la Chambre pénale de recours (art. 13)		
- décision sur recours (let. c)	CHF	1'415.00
-	CHF	
Total	CHF	**1'500.00**