

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

M. X... a saisi la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) le 13 mai 2009, estimant que les soins médicaux qui lui ont été dispensés pendant son incarcération entre 2005 et 2009 n'étaient pas adaptés à son état de santé.

Par l'arrêt du 23 février 2012, la CEDH reconnaît le bien-fondé de la requête de M. X...

Dans le cadre des mesures d'exécution de cet arrêt, et afin de répondre à la demande de la Cour d'en assurer une large diffusion, la publication de cet arrêt dans le Bulletin officiel du ministère de la santé a été décidée.

European Court of Human Rights
Cour européenne des droits de l'homme

Arrêt du 23 février 2012 de la Cour européenne des droits de l'homme : affaire G. c. France (requête n° 27244/09)

Cet arrêt deviendra définitif dans les conditions définies à l'article 44 § 2 de la Convention. Il peut subir des retouches de forme.

En l'affaire G. c. France,

La Cour européenne des droits de l'homme (cinquième section), siégeant en une chambre composée de :

Dean Spielmann, président,

Elisabet Fura,

Karel Jungwiert,

Mark Villiger,

Ann Power-Forde,

Ganna Yudkivska,

André Potocki, juges,

et de Claudia Westerdiek, greffière de section,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil le 31 janvier 2012,

Rend l'arrêt que voici, adopté à cette date :

PROCÉDURE :

1. À l'origine de l'affaire se trouve une requête (n° 27244/09) dirigée contre la République française et dont un ressortissant de cet État, M. G. (« le requérant »), a saisi la Cour le 13 mai 2009 en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (« la Convention »).

2. Le requérant est représenté par M^e L. Febbraro, avocat à Marseille. Le Gouvernement français (« le Gouvernement ») est représenté par son agent, Mme E. Belliard, directrice des affaires juridiques au ministère des affaires étrangères.

3. Le requérant allègue que les conditions de sa comparution devant la cour d'assises sont contraires aux articles 3 et 6 § 1 de la Convention. Il soutient également que son incarcération de 2005 à 2009 a été constitutive d'un traitement inhumain et dégradant.

4. Le 13 juillet 2010, le président de la cinquième section a décidé de communiquer la requête au Gouvernement.

EN FAIT :

I. – LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

5. Le requérant est né en 1974. Il est actuellement interné au centre hospitalier Édouard-Toulouse, à Marseille.

6. Le requérant souffre de troubles du comportement et a alterné incarcérations et hospitalisations en milieu psychiatrique entre 1996 et 2004. Il est atteint d'une psychose chronique de type schizo-phrénique générant des troubles hallucinatoires et délirants, ainsi que des conduites agressives et addictives.

7. Le 21 mai 2005, le requérant fut incarcéré au centre pénitentiaire de Toulon-La Farlède à la suite d'une dégradation commise dans l'hôpital psychiatrique Chalucet où il venait demander son hospitalisation, faits qui donnèrent lieu à sa condamnation, le 30 juin 2005, à douze mois d'emprisonnement, dont dix avec sursis. Dès son placement au quartier « arrivant », il aurait mis le feu à son matelas. Il fit l'objet d'un suivi psychiatrique par le service médical puis fut affecté dans une cellule avec un codétenu, O.B., qui était connu pour ses antécédents psychiatriques.

8. Le 16 août 2005, le feu se déclara dans la cellule du requérant. Les deux détenus furent grièvement blessés. Brûlé sur 65 % du corps, le codétenu du requérant décéda, le 6 décembre suivant, des suites de ses blessures.

9. Dans le cadre d'une audition réalisée le 9 septembre 2005, le requérant indiqua « qu'il ne se souvenait pas dans quelles circonstances précises son matelas avait pris feu », qu'il « souffrait de schizophrénie, entendait des voix et voyait des choses bizarres mais que, à présent, tout allait mieux » et déclara : « Je suis plus libre depuis qu'il y a eu le feu dans ma cellule car tout est plus clair dans ma tête. Je peux dire que maintenant tout est calme. »

10. Le 17 octobre 2005, le requérant fut mis en examen du chef de destruction de biens par incendie ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours et placé en détention provisoire. Il contesta les faits qui lui étaient reprochés, indiquant ne plus se souvenir des circonstances ayant précédé l'incendie à la suite de la prise de son traitement. Le 7 décembre 2005, le ministère public prit un réquisitoire supplétif du chef de destruction d'un bien par l'effet d'un incendie avec la circonstance que les faits ont entraîné la mort.

11. Le 30 janvier 2006, en exécution d'une ordonnance du juge d'instruction du 28 décembre 2005, le docteur F., expert près la cour d'appel d'Aix-en-Provence, effectua un examen psychologique du requérant à la maison d'arrêt des Baumettes, à Marseille, dans le service psychiatrique (SMPR : service médico-psychologique régional) où il était hospitalisé depuis décembre 2005. Les passages pertinents du rapport rendu le 1^{er} mars 2006 se lisent comme suit :

« L'entrée de la maladie à 22 ans environ, (...) inaugure pour ce jeune adulte un processus de marginalisation progressive au cours duquel il alternera hospitalisations, contraintes ou non, incarcérations, stages et vie de SDF.

Durant ces dix dernières années, il aura vécu sur ce mode, s'ancrant dans la maladie, sans parvenir à s'insérer socialement (...).

Sur le plan judiciaire les condamnations dont il a fait état témoignent de passages à l'acte violents et d'une alcoolisation dont il nous dira qu'elle avait cessé avant son incarcération (...).

Au cours de l'examen, M. G. est apparu comme un homme qui présente une personnalité schizoïde, avec une attitude de repli et de désintérêt pour le monde extérieur, mis à part quelques thèmes récurrents où il occupe une place de victime.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit sa participation aux faits de l'instance, M. G. a besoin d'un suivi psychiatrique durable et soutenu. Aussi, durant sa période d'incarcération, il est préférable qu'il soit hospitalisé dans une unité de soins, comme c'était le cas lorsque nous l'avons rencontré. »

12. Par la suite, deux expertises psychiatriques réalisées respectivement les 21 février par le professeur A. et 6 juin 2006 par le docteur G. confirmèrent l'existence d'une psychose chronique de type schizophrénique à forme héboïdophrénique se manifestant par des troubles du comportement ainsi que des conduites agressives et addictives. La première conclut que les faits reprochés étaient en relation avec les anomalies psychiatriques et que le discernement du requérant était altéré à ce moment et que « le sujet paraît peu curable ou réadaptable, nécessitant un traitement neuroleptique à fortes doses assorti d'un suivi régulier voire d'une hospitalisation en UMD » (unité pour malades difficiles ; les UMD sont des services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le traitement des malades mentaux présentant un état dangereux majeur, dont les détenus, en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale, ci-après « CPP », voir paragraphe 35 ci-dessous). La seconde précisa qu'il n'était pas possible d'affirmer que son comportement résultait bien de la maladie mentale dont il est atteint et que l'on ne pouvait établir qu'il se trouvait atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique, ou neuropsychique, ayant aboli, altéré ou entravé son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du code pénal et qu'il devait faire l'objet, y compris après sa libération, d'une prise en charge spécialisée.

13. Le 14 juin 2006, l'avocat du requérant écrivit au juge d'instruction pour solliciter sa mise en liberté. Il fit valoir que l'intéressé était affligé de troubles psychiatriques avérés, y compris avant son incarcération, et qu'il n'était pas accessible à une sanction pénale. Il poursuivit ainsi : « Dès lors, on voit mal l'utilité de l'incarcération à cet égard, pas plus que l'on ne peut lui en trouver une au regard des faits dans la mesure où ceux-ci se seraient produits également en détention. Il m'apparaît donc que la place de mon client n'est pas dans un établissement pénitentiaire. Il m'apparaît très clairement relever de l'institution hospitalière. Je pense qu'il relève de la compétence des services du parquet et éventuellement de la préfecture de prendre leurs responsabilités à cet égard dans l'éventualité d'une libération (...). »

14. Par une ordonnance du 27 juin 2006, la demande de mise en liberté fut rejetée au motif qu'il résultait du rapport du docteur G. que le requérant était accessible à une sanction pénale et que la détention provisoire était l'unique moyen d'empêcher une pression sur les témoins, de garantir le maintien de l'intéressé à la disposition de la justice et de mettre fin au trouble exceptionnel à l'ordre public.

15. Le 7 août 2006, le docteur G. examina le requérant afin d'établir un complément d'expertise en vue de « déterminer si les pertes de mémoire alléguées par le requérant étaient réelles ou fictives, et, dans la première hypothèse, en préciser la ou les causes possibles (notamment eu égard au traitement suivi) ». Il rendit son rapport le 25 août 2006. Il conclut qu'il n'était pas possible d'établir formellement si les pertes de mémoire alléguées étaient réelles ou fictives, qu'elles ne sauraient toutefois résulter de la maladie mentale dont il souffrait de longue date mais qu'elles pouvaient s'inscrire dans le prolongement des effets secondaires, sédatifs, du traitement psychotrope prescrit.

16. L'avocat du requérant demanda une contre-expertise de ce complément d'expertise qui fut rejetée par une ordonnance du 17 octobre 2006.

17. Le 19 février 2007, le requérant fit l'objet d'une ordonnance de mise en accusation et de renvoi devant la cour d'assises. Le 1^{er} mars 2007, il interjeta appel contre cette ordonnance. Dans son mémoire, le conseil du requérant fit valoir qu'il était interné en milieu psychiatrique au moment des faits ayant conduit à son incarcération, que, dès le début de celle-ci, il avait tenté de se suicider par le feu et que, pourtant, aucune mesure n'avait été prise au niveau pénitentiaire pour sa sauvegarde et celle de ses codétenus. Il invoqua l'irresponsabilité pénale et demanda l'élargissement du requérant, à charge pour le ministère public de requérir son internement administratif. Le 19 mars 2007, le procureur général près la cour d'appel d'Aix-en-Provence requit la confirmation de l'ordonnance de mise en accusation et de renvoi devant la cour d'assises du requérant.

18. Le requérant fut hospitalisé au service régional de psychiatrie pénitentiaire de la prison des Baumettes du 30 avril au 12 juin 2007, du 15 juin au 10 août 2007, du 31 août au 15 novembre 2007, du 26 novembre 2007 au 14 mars 2008. Du 10 au 31 août 2007, en proie à une période d'anxiété difficilement compatible avec la détention provisoire dans le SMPR, le requérant fit l'objet d'une nouvelle hospitalisation d'office en centre spécialisé, en application de l'article D. 398 du CPP.

19. Entre-temps, le 12 octobre 2007, un rapport d'expertise judiciaire du docteur G. conclut que le requérant était bien atteint au moment des faits de troubles psychiques ou neuropsychiques, « sans pouvoir affirmer qu'ils ont aboli, altéré ou entravé son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du code pénal ».

20. Par un arrêt du 17 décembre 2007, la cour d'appel d'Aix-en-Provence condamna un surveillant pénitentiaire à deux mois d'emprisonnement avec sursis pour des violences infligées au requérant ayant entraîné une incapacité totale de travail d'un jour. Ce surveillant l'avait giflé après que celui-ci eut refusé d'être placé dans une cellule où un détenu avait mis le feu et où il devait être en compagnie d'un détenu suicidaire.

21. Par un arrêt du 22 janvier 2008, la chambre d'instruction de la cour d'appel d'Aix-en-Provence confirma l'ordonnance de mise en accusation et de renvoi en cour d'assises du requérant.

22. Le requérant fit l'objet d'hospitalisations d'office du 14 au 31 mars 2008, du 8 au 28 juillet 2008 et du 27 août au 28 octobre 2008. Il fut hospitalisé au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille-Baumettes du 31 mars au 8 juillet 2008, du 28 juillet au 27 août 2008 et du 28 octobre au 31 décembre 2008.

23. Entre-temps, le 8 novembre 2008, une expertise psychiatrique ordonnée par la présidente de la cour d'assises du Var et réalisée le 7 novembre par le docteur J., médecin-chef des hôpitaux, psychiatre expert près la cour d'appel d'Aix-en-Provence, conclut que, malgré l'importance de ses troubles, le requérant était en état de comparaître devant la juridiction de jugement :

« (...) Le sujet, d'après mon examen, présente des troubles graves de personnalité de nature schizophrénique évoluant d'ailleurs depuis de nombreuses années.

Depuis qu'il est incarcéré pour la présente affaire, il a apparemment bénéficié de cinq séjours psychiatriques, en hospitalisation d'office, par rapport à des moments de décompression anxio-dépressive à thème notamment persécutoire, et pour des séjours de décompression par rapport aux nombreux séjours qu'il a déjà effectués aux Baumettes dans le cadre d'un SMPR.

J'ai pu à ce sujet prendre attache téléphonique avec ses psychiatres traitants, les docteurs K. et D., tous deux officiant au SMPR des Baumettes d'ailleurs.

Il bénéficie du traitement suivant : Zyprexa 20 mg, Tercian 370 gouttes, Rivotril 30 gouttes x 4, Lepticur x 1, Havlane x 1 (traitement antipsychotique atypique, anxiolytique sédatif, hypnotique, correcteur).

Lors de l'examen, il s'est montré conscient, malgré l'importance de ses troubles, du fait qu'il allait prochainement comparaître devant une cour d'assises, et m'est apparu, compte tenu de sa pathologie, pouvoir s'exprimer à ce sujet.

Certes, son traitement est essentiellement à visée thérapeutique par rapport aux troubles qu'il présente, mais a des effets également sur ses capacités de fonctionnement psychique avec un certain degré de ralentissement, mais le jour de mon examen, il m'est apparu ne pas être confus, désorienté, et ne pas être actuellement en phase aiguë par rapport à la maladie chronique qu'il présente.

De fait son état m'est apparu actuellement compatible avec sa comparution à l'audience. »

24. Les 12 et 13 novembre 2008, le requérant comparut devant la cour d'assises du Var, alors que selon lui il n'était pas en état de participer aux débats, demeurant prostré et incapable de répondre aux questions de la cour, et sous l'effet d'un traitement constitué de cinq médicaments ingérés quatre fois par jour. Il ressort du procès-verbal des débats qu'en vertu de son pouvoir discrétionnaire, le président versa aux débats le rapport d'expertise psychiatrique du 8 novembre, un compte rendu d'enquête administrative en date du 30 mai 2006 de la directrice du SMPR de Marseille, un rapport du bureau de la sécurité pénitentiaire relatif à la lutte contre les incendies dans les établissements pénitentiaires et un rapport de la Commission nationale de déontologie et de sécurité. Ces pièces furent communiquées aux parties et à leur conseil ainsi qu'au ministère public, afin d'en permettre la discussion contradictoire et « aucune observation n'a été faite par les parties ». L'un des témoins entendus par la cour d'assises déclara : « M. G. a reconnu avoir mis le feu car il pensait avoir vu le diable en la personne de O.B. » Le président interrogea l'accusé et reçut ses déclarations. Il ressort encore du procès-verbal que, à l'issue de l'audience du 12 novembre, le président de la cour d'assises commit par ordonnance le docteur J. aux fins de rechercher le traitement prescrit au requérant le jour des faits puis il donna lecture du rapport qui lui avait été remis. Au cours des débats, l'avocat du requérant indiqua qu'il souhaitait que soit posée la question relative à la cause d'irresponsabilité pénale prévue par l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal et le président indiqua qu'il serait fait droit à sa demande.

25. Par un arrêt du 13 novembre 2008, la cour d'assises du Var condamna le requérant à la peine de dix années de réclusion criminelle et le déclara civilement responsable du préjudice subi par les parties civiles. Le requérant et le ministère public interjetèrent appel de l'arrêt de condamnation, respectivement les 21 et 24 novembre 2008. A la suite du prononcé de l'arrêt, le requérant fut reconduit au SMPR du centre pénitentiaire des Baumettes.

26. Le 31 décembre 2008, le préfet prit un arrêté d'hospitalisation d'office du requérant au centre hospitalier Édouard-Toulouse. Le 28 janvier 2009, cette mesure fut maintenue pour une durée de trois mois jusqu'au 30 avril 2009 pour les raisons indiquées dans un certificat médical du 27 janvier 2009 mentionnant que le requérant « présente depuis quelques jours une recrudescence anxieuse avec une mise en avant de ses idées délirantes anciennes (délire de grandeur et de paternité) ». Il ressort du dossier que le requérant fut hospitalisé au SMPR du 17 au 27 mars 2009 et du 1^{er} avril au 15 mai 2009.

27. Durant son hospitalisation, le 25 mars 2009, le requérant fit une demande de mise en liberté au visa de l'article 3 de la Convention. Il fit valoir que les allers-retours incessants entre la détention et l'hôpital étaient constitutifs d'un traitement inhumain et dégradant. Il expliqua que, lorsque son état s'aggrave au point où il n'est plus compatible avec la détention, il est hospitalisé puis, une fois son état « stabilisé », il est réincarcéré jusqu'à une nouvelle aggravation. Le requérant invoqua une forme de torture au moment du retour en détention. Il fit enfin valoir que la décision de le réintégrer en détention normale au sein du bâtiment des Baumettes était absurde, compte tenu de son extrême vulnérabilité vis-à-vis des autres détenus et du danger pour lui-même. Par un arrêt du 14 mai 2009, la chambre de l'instruction de la cour d'appel d'Aix-en-Provence rejeta cette demande :

« Il n'est en l'état produit aucun élément médical de nature à démontrer que l'état de santé de G. serait actuellement incompatible avec la détention, étant relevé que les hospitalisations d'office dans un établissement de santé habilité suivies de retour en milieu pénitentiaire que G. a pu connaître depuis son placement en détention procèdent de la stricte prise en compte de l'état de santé de ce dernier, conformément aux dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale et non d'un traitement inhumain ou dégradant ni, *a fortiori*, d'actes de torture ainsi qu'il est soutenu ;

Force est de constater, pour le surplus, que les charges qui pèsent sur G. se rapportent à des faits criminels qui ont causé un trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public que la mise en liberté serait de nature à raviver s'agissant de faits de destruction par incendie d'une cellule de prison ayant entraîné la mort d'un codétenu ;

Eu égard à la lourdeur de la peine encourue, les garanties de représentation en justice de l'accusé sont aléatoires dans la mesure où il est sans domicile stable, sans emploi et multi-récidiviste, ayant déjà été condamné pour des faits de dégradation et destruction par incendie ;

En outre, sa remise en liberté serait de nature à nuire au bon déroulement du procès, à la manifestation de la vérité, compte tenu de l'oralité des débats et à la mise à exécution, en cas de condamnation, de la sanction prononcée ;

Ainsi la détention est nécessaire avant l'audience et à titre de sûreté, les obligations d'un contrôle judiciaire aussi strictes soient-elles étant insuffisantes au regard des objectifs. »

28. Du 15 au 29 mai 2009, le requérant fit l'objet d'une hospitalisation d'office en application de l'article D. 398 du CPP.

29. Le 25 août 2009, le docteur K., psychiatre au SMPR, attesta de l'hospitalisation du requérant et fit valoir que son état de santé n'était pas compatible avec un transfert à la maison d'arrêt de Luynes en vue de son procès. Il précisa qu'il était opportun, en revanche, d'organiser une extraction quotidienne avec retour au SMPR le soir.

30. Le 15 septembre 2009, le docteur J. déposa un rapport médical à la demande du président de la cour d'assises :

« Je soussigné certifie avoir expertisé ce jour M. G. à la demande de M. le président de la cour d'assises d'appel d'Aix-en-Provence, 2^e section, et ce à l'hôpital Édouard-Toulouse où il a été admis en hospitalisation d'office le 4 septembre 2009 (art. D. 398 du CPP) pour "état fluctuant, avec des épisodes d'excitation psychique à tonalité délirante alternant avec des périodes d'affaissement thymique et des ruminations anxieuses (liées en partie à l'échéance de son procès en appel)" (certificat du Dr Kania, son psychiatre traitant au SMPR des Baumettes).

Il a déjà été interné, dans le même cadre du 10 août 2007 au 31 août 2007, du 14 mars 2008 au 31 mars 2008, du 8 juillet 2008 au 28 juillet 2008, du 27 août 2008 au 28 octobre 2008, du 31 décembre 2008 au 13 mars 2009 et du 15 mai 2009 au 29 mai 2009.

Il est actuellement en chambre d'isolement avec le traitement suivant : Zyprexa 30 mg, Tercian 200 gouttes, Valium 120 gouttes et Mepronizin x 1.

Son état global est comparable à celui que j'avais pu constater le 7 novembre 2008. À savoir, il présente toujours bien sûr une grave maladie mentale évoluant depuis plusieurs années avec également ralentissement idéique et psychomoteur, tendance à l'endormissement mais son traitement est relativement allégé par rapport à novembre 2009 et, quoi qu'il en soit, il est peu vraisemblable qu'à court ou moyen terme, son état ne s'améliore de façon significative. Il est relativement sédaté et stabilisé, a conscience (compte tenu de sa maladie) des enjeux prochains et peut aussi bien comparaître qu'en novembre 2008 avec les limites inhérentes de toutes façons à sa pathologie psychiatrique lourde.

Rapport d'une page manuscrite sur l'urgence.

PS : à noter que son HO doit être levée vendredi.

En complément d'expertise, je peux préciser que M. G. présente des troubles mentaux nécessitant des soins et pouvant compromettre la sûreté des personnes, notamment par rapport à l'imprévisibilité de ses passages à l'acte liée à sa grave pathologie mentale. »

31. L'audience devant la cour d'assises des Bouches-du-Rhône, statuant en appel, eut lieu les 21 et 22 septembre 2009. Il ressort du procès-verbal des débats qu'à l'ouverture de ceux-ci les avocats du requérant formulèrent une demande d'examen médical « pour apprécier l'état de conscience de l'intéressé dont l'hospitalisation d'office a été levée peu après l'examen pratiqué par le docteur J. ». Ils demandèrent en outre à connaître la teneur du certificat médical sur la base duquel l'hospitalisation d'office a été levée. Les avocats des parties civiles et le ministère public s'opposèrent à la demande d'examen médical préalable. La cour d'assises sursit à statuer sur la demande d'examen médical :

« Attendu qu'en l'état, et sur le seul interrogatoire d'identité préalable au tirage du jury, la Cour ne peut se forger une certitude sur l'état de conscience de l'accusé distinct des conclusions du rapport du docteur J. ; que la demande apparaît à cet instant prématurée ; que l'expertise récente du docteur J. (remise le 17 septembre 2009) peut être utilement éclairée par le certificat sur la base duquel a été levée l'hospitalisation d'office, puis par les débats ; »

Le président ordonna de noter au procès-verbal des débats que le professeur A. (paragraphe 12 ci-dessus) avait indiqué que « pour autant qu'il soit exact que le requérant ait évoqué le diable ou les démons et qu'il n'ait pas suivi entièrement son traitement (Zyprexa) je peux envisager d'aller vers l'abolition du discernement que je n'ai pas retenue dans mon expertise faute d'en avoir eu connaissance ». Un des avocats du requérant lut alors sa déclaration précitée (paragraphe 9 ci-dessus) et le professeur A. ajouta qu'il « voyait un complément en faveur de l'abolition. C'est un élément important s'il entend des voix en l'absence de traitement ». À cette évocation, le requérant déclara : « Je voyais ensemble le diable et le feu ; les voix étaient troubles, c'était flou. » Le lendemain, l'un des avocats du requérant déclara renoncer à la demande d'expertise et l'autre indiqua qu'« il lui paraît que l'exercice des droits de l'accusé n'a pu s'exercer normalement, bien qu'il ait répondu avec pertinence aux questions, même si par moments il a pu paraître absent ». Cet avocat jugea alors que l'examen n'était plus utile à cet instant. Le président de la cour déclara qu'il n'y avait pas lieu à un nouvel examen :

« Attendu que l'accusé a été examiné par le docteur J. qui indique que le requérant a conscience (compte tenu de sa maladie) des enjeux prochains (...) que le docteur P. indique qu'il présente un net apaisement avec mise à distance des idées délirantes, il n'y a pas de trouble de comportement, l'adhésion aux soins est très correcte.

Attendu qu'à l'audience, l'accusé a pu répondre ou intervenir spontanément manifestant son écoute et la compréhension des débats et qu'ainsi l'exercice de ses droits a été assuré. »

32. Par un arrêt du 22 septembre 2009, la cour d'assises des Bouches-du-Rhône, statuant en appel, déclara le requérant irresponsable pénalement :

« Considérant qu'il en résulte, à la majorité de dix voix au moins que [le requérant] a (...) volontairement détruit une cellule de prison (...) avec cette circonstance que les faits ont entraîné la mort de son codétenu ;

Considérant qu'il résulte de cette même déclaration, à la majorité des voix, que [le requérant] bénéficie pour ces faits de la cause d'irresponsabilité pénale prévue par l'article L. 122-1 du code pénal. »

La cour d'assises ordonna l'hospitalisation d'office du requérant en application de l'article 706-135 du CPP (paragraphe 34 ci-dessous) car il « présente des troubles mentaux nécessitant des soins et pouvant compromettre la sûreté des personnes notamment par rapport à l'imprévisibilité de ses passages à l'acte liée à sa grave pathologie mentale ».

II. – LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNES ET INTERNATIONAUX PERTINENTS

33. L'article 122-1 du code pénal est ainsi libellé :

« Article 122-1

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

34. Les dispositions pertinentes du code de procédure pénale issues de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sont les suivantes :

« Article 706-129

Lorsqu'en application des articles 349-1 et 361-1, la cour d'assises a, au cours du délibéré, répondu positivement à la première question relative à la commission des faits et positivement à la seconde question portant sur l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, elle déclare l'irresponsabilité pénale de l'accusé pour cause de trouble mental. »

« Article 706-130

Lorsque la cour d'assises rentre dans la salle d'audience en application de l'article 366, le président prononce un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Cet arrêt met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire. »

« Article 706-135

Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1 du même code, dont le deuxième alinéa est applicable. L'article L. 3213-8 du même code est également applicable. »

35. Les autres dispositions pertinentes du code de procédure pénale sont les suivantes :

« Article 309

Le président a la police de l'audience et la direction des débats.

Il rejette tout ce qui tendrait à compromettre leur dignité ou à les prolonger sans donner lieu d'espérer plus de certitude dans les résultats. »

« Article 148

En toute matière, la personne placée en détention provisoire ou son avocat peut, à tout moment, demander sa mise en liberté, sous les obligations prévues à l'article précédent (...). »

« Article 148-1

La mise en liberté peut aussi être demandée en tout état de cause par toute personne mise en examen, tout prévenu ou accusé, et en toute période de la procédure (...). »

« Article 720-1-1

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à

subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux (...). »

« Article 729

La libération conditionnelle tend à la réinsertion des condamnés et à la prévention de la récidive.

Les condamnés ayant à subir une ou plusieurs peines privatives de liberté peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'ils justifient :

(...)

3° (...) de la nécessité de suivre un traitement médical ; »

« Article D. 398

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

36. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dans un avis n° 94 « La santé et la médecine en prison » (2006), souligne ce qui suit :

« (...) La prison est de plus en plus un lieu confronté à la maladie mentale.

La prison devient de plus en plus un lieu d'enfermement des malades psychiatriques : le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois plus élevé en prison que dans la population générale. En 2004, une enquête épidémiologique demandée par la direction générale de la santé (DGS) et la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) révélait la présence de 14 % de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus), dont 7 % (plus de 4 000 détenus) atteints de schizophrénies.

On assiste à un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison. L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement, et en particulier de la notion de responsabilité pénale ; perte du sens même du soin et du rôle de soignant ; et même perte du sens du rôle de surveillant.

Source de souffrances pour la personne malade ("La prison en soi est un facteur d'aggravation des troubles mentaux", soulignait le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2001), la pathologie mentale est aussi source de souffrance et de confusion pour les codétenus confrontés quotidiennement à la "folie", insupportable et contagieuse. (...)

L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves : la "folie" en prison. Cette situation, déjà soulignée précédemment, constitue l'un des problèmes éthiques majeurs concernant, d'une part, la confusion croissante entre les sens respectifs de la peine et du soin et, d'autre part, le droit à la protection de la santé et à l'accès aux soins. Ces problèmes éthiques graves d'atteinte au droit à la protection de la santé et à l'accès aux soins impliquent à la fois le droit des malades à la meilleure prise en charge médicale psychiatrique possible de leur souffrance dans des conditions respectueuses de leur dignité, et le droit de leurs codétenus à la protection de leur santé mentale, mise en péril par une confrontation permanente à la "folie". (...)

Recommandations :

Rechercher hors des murs de la prison des solutions pour que les personnes très âgées, les grands handicapés et les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques quittent à jamais la prison. »

37. Dans un arrêt du 17 décembre 2008 (section française de l'Observatoire international des prisons, n° 305594), le Conseil d'État rappelle l'obligation pour les autorités nationales de prendre les mesures propres à protéger la vie des détenus compte tenu de leur vulnérabilité et de leur entière dépendance vis-à-vis de l'administration. Il ajoute qu'il appartient tout particulièrement à celle-ci de mettre à la disposition de certains détenus des quartiers ordinaires, lorsque des circonstances particulières, tenant notamment à leur comportement, à celui de leurs codétenus ou à la configuration de leur cellule le justifient, des matelas résistant mieux au feu, faute de quoi sa responsabilité serait susceptible d'être engagée pour faute. Dans un arrêt du même jour (Ministre de la justice c. M. et Mme Zaouiya, n° 292088), le Conseil d'État a jugé que la responsabilité de l'État est engagée pour faute simple du fait du décès d'un détenu asphyxié par les émanations toxiques de l'incendie allumé par son codétenu.

38. Dans un rapport d'information du 5 mai 2010 sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions », le Sénat souligne les insuffisances de la prise en charge médicale au sein des SMPR et reprend la mise en garde du Comité consultatif national d'éthique sur la santé et la médecine en prison précitée (paragraphe 36 ci-dessus) selon laquelle l'incarcération peut être source d'aggravation des troubles mentaux de certains détenus. Le rapport, en ses dispositions pertinentes, se lit ainsi :

« a) Les insuffisances de la prise en charge médicale

La prise en charge au sein des SMPR, si elle a constitué un progrès considérable, connaît certaines limites difficiles à surmonter :

- les moyens en personnels médicaux demeurent insuffisants malgré les progrès importants réalisés au cours des dernières années (...);
- l'hospitalisation au SMPR est pour l'essentiel une hospitalisation de jour, compte tenu de l'absence de personnel soignant la nuit dans la plupart des cas et de l'impossibilité d'y accueillir des détenus sans leur consentement. En outre, comme l'a montré l'étude précitée, "les conditions d'hospitalisation au SMPR ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers, les chambres d'hospitalisation ne se différenciant pas des cellules de détention dans dix-sept SMPR. Ces locaux non différenciés peuvent poser problème pour une prise en charge en termes de soins ; notamment en ce qui concerne l'existence de systèmes de réanimation de premier niveau, les risques liés aux lits métalliques en cas de crise, ou la présence de systèmes d'alerte".

Mais l'aspect le plus critiquable de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux est sans aucun doute la manière dont ils sont accueillis au sein des hôpitaux psychiatriques lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Réalisée sans leur consentement, cette hospitalisation se déroule le plus souvent, pour des raisons de sécurité, en chambre d'isolement, le détenu étant parfois entravé sans que son état médical le justifie. Dans ces conditions, les durées d'hospitalisation sont particulièrement brèves, ne dépassant souvent pas deux à trois jours, et ne permettent pas la stabilisation attendue de l'état du patient. (...)

b) L'aggravation de certaines pathologies et le risque suicidaire. Comme l'a souligné l'avis rendu en 2006 par le Comité consultatif national d'éthique sur la santé et la médecine en prison, l'incarcération peut être source d'aggravation des troubles mentaux de certains détenus sous le double effet de l'insuffisance des soins dispensés déjà mentionnée et des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires (promiscuité, troubles du sommeil...). Cette situation met en danger ces personnes, qui peuvent porter atteinte à elles-mêmes (automutilations, suicides) ou au personnel pénitentiaire et à leurs codétenus (...).

39. Dans son rapport sur l'organisation des soins psychiatriques (« Les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 ») rendu en décembre 2011, la Cour des comptes, dans un chapitre intitulé « Le programme santé-justice : des progrès encore inaboutis », indique que les locaux des SMPR sont encore vétustes pour certains et parle d'un état indigne à propos du SMPR des Baumettes :

« En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la notoriété de la maison d'arrêt marseillaise des Baumettes n'a d'égale que le délabrement et l'insalubrité de son service médico-psychologique régional (SMPR). En 2010, 12 de ses 32 lits ont certes été fermés, mais en raison de la vacance de six emplois de soignant et non de l'absence de besoins ou travaux. Les quatorze cellules (9 m²) accueillait jusqu'alors trois malades en couchettes superposées (deux actuellement). Cette situation, inacceptable en soi, l'est plus encore pour ces cas de maladie mentale. Les bureaux et les plomberies ne sont pas en meilleur état. La cellule d'isolement, en béton brut délabré, est dotée d'un trou en guise de toilettes, et comporte un angle mort, rendant l'œilleton inefficace ; cependant, certains malades, qui n'en relèvent pas, la demandent pour s'écarter de la promiscuité. L'équipe médicale parvient néanmoins à gérer les soins de manière cohérente. Depuis janvier 2011, la sécurisation des stocks et des déchets est en cours, et 250 000 € de travaux d'urgence sont programmés en 2012 (notamment des travaux d'aménagements (sols, peintures, réseaux...) ». Ce n'est pas le seul site de ce type. Un établissement neuf est annoncé pour 2016.

40. Le rapport de l'OIP (Observatoire international des prisons) intitulé *Les Conditions de détention en France* (Éditions La Découverte, 2012), en son chapitre « Psychiatrie », indique que plus de 20 % des détenus seraient atteints de troubles psychotiques, dont 7,3 % de schizophrénie. Il souligne la confusion entre peine et soins, ce qui est d'autant plus problématique si l'on considère, « à l'instar d'un rapport d'information du Sénat en 2010, que la prison n'est pas un lieu de soins ». Le fait, comme l'estime le contrôleur général des lieux de privation de liberté, « qu'on envisage la prise en charge des maladies mentales en prison est en soi préoccupant » (...). D'où le constat auquel les autorités ne veulent pas faire face, du sénateur (...) rapporteur du projet de loi pénitentiaire en 2009 : « pour bon nombre de personnes atteintes de troubles mentaux, la prison n'a aucun sens, et elles errent en milieu carcéral, compliquent la vie de leurs codétenus et du personnel pénitentiaire sans être soignées de manière satisfaisante. » Le rapport montre les limites des soins en prison (manque de personnel, conditions de prise en charge dans les SMPR). À propos de celui de Marseille, il est

noté que « l'état des locaux de l'ensemble du SMPR est usagé, dégradé, dans un état déplorable (moisissures) ». Il cite un psychiatre expliquant que « les SMPR ne sont pas des lieux d'hospitalisation au sens strict du terme, ce sont des lieux de prise en charge, le plus souvent à temps partiel dans la prison, soumis aux impératifs pénitentiaires (...). Ils ne correspondent pas aux nécessités d'un soin intensif (...). Ce sont des lieux non sanitaires où il est difficile d'imaginer que certaines cellules constituent un lieu d'apaisement, protecteur et source d'espoir », alors qu'elles sont « proprement effrayantes en termes d'aspect, d'hygiène et de confort ». Le rapport aborde également la question des hospitalisations d'office en indiquant : « De fait, les durées de séjour en HO des personnes sous écrou ne correspondent pas toujours aux exigences des soins. Souvent réduites à quelques jours, ces hospitalisations n'autorisent, au mieux, que le traitement d'une phase de décompensation aiguë, mais en aucun cas une vraie prise en charge de la pathologie. » Enfin, la création des UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) est évoquée. Initialement, neuf UHSA devaient ouvrir entre 2008 et 2011. Huit autres ouvertures étaient prévues à partir de 2011. Le programme a pris du retard et seule une unité a ouvert ses portes.

41. Il est renvoyé à la partie « Documents internationaux pertinents » de l'arrêt Slawomir Musial c. Pologne (n° 28300/06, § 62, 20 janvier 2009) qui cite les parties pertinentes, s'agissant des soins psychiatriques en prison, des recommandations R (98)7 relatives aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire et R (2006)2 du comité des ministres aux États membres sur les règles pénitentiaires européennes.

Dans son rapport de 2007 relatif à la visite en France effectuée du 27 septembre au 9 octobre 2006, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT) relevait ce qui suit au sujet des soins psychiatriques en prison :

« 203. Enfin, et sur un plan plus général, tous les interlocuteurs rencontrés par la délégation, tant dans les ministères compétents (justice, santé) que sur le plan local, les personnels de santé et de direction, dans les établissements visités, ont admis l'état dramatique dans lequel se trouve la psychiatrie pénitentiaire en France. L'une, parmi les nombreuses illustrations – outre les constatations du CPT – est la récente condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Rivière, qui, au dire mêmes des autorités de santé, est révélatrice d'un "problème systémique et répandu". Le CPT souhaite recevoir des informations sur la stratégie envisagée à court et moyen termes pour faire face à cette situation et à la prévalence croissante des affections psychiatriques dans la population carcérale. »

Le mémorandum de Thomas Hammarberg, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008, en sa partie relative à la prise en charge des maladies psychiatriques, est ainsi libellé :

« 48. En octobre 2006, le Comité d'éthique a exprimé sa préoccupation quant au taux de pathologies psychiatriques qui est vingt fois plus élevé en prison qu'au sein de la population dans son ensemble. Cela s'explique en partie par la forte diminution du nombre de personnes reconnues irresponsables pénalement. D'autres explications résident dans l'allongement de la durée des peines et dans la dégradation des conditions d'incarcération qui accroissent la fragilité psychique des détenus. En 2006, la France a d'ailleurs été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme pour le maintien en prison, sans traitement approprié, d'un homme souffrant de troubles mentaux. Il apparaît également qu'au lieu d'être hospitalisés, certains malades relevant de la psychiatrie sont placés en quartier d'isolement, voire en quartier disciplinaire ou encore font l'objet de régimes de détention plus stricts, dans le cadre des régimes différenciés. Le commissaire invite les autorités à se montrer vigilantes sur une gestion disciplinaire des personnes souffrant de troubles mentaux et à développer les aménagements de peine à leur égard.

49. En plus des SMPR (services médico-psychologiques régionaux) créés en 1986, la France a opté pour la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour recevoir les détenus souffrant de troubles psychiatriques. Cette solution est rejetée par un certain nombre de praticiens comme entretenant la confusion entre maladie mentale et criminalité. Les difficultés à prévenir les suicides en prison illustrent cette carence qu'il conviendrait de résoudre. »

Réponse du Gouvernement français :

« La direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice est également préoccupée par l'état de la santé mentale des personnes placées sous main de justice et incarcérées. Comme il est rappelé en introduction au § 44, la prise en charge sanitaire, tant somatique que psychiatrique, des détenus relève du service public hospitalier. En matière psychiatrique, l'offre de soins est assurée en détention, par le secteur de psychiatrie générale ou par le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) mais les effectifs psychiatriques sont cependant insuffisants au vu des besoins des personnes détenues en la matière.

Le rapport souligne le cas de placement de personnes détenues souffrant de troubles psychiques en quartier d'isolement ou en quartier disciplinaire (QD). Il est à noter que les conditions de placement dans ces quartiers sont encadrées par des textes précis qui prévoient

notamment la place et le rôle des autorités sanitaires. Plus particulièrement, en cas de placement au quartier disciplinaire, le code de procédure pénale prévoit que la décision de placement au QD est suspendue si un médecin juge l'état de santé de la personne (notamment psychiatrique) incompatible avec le placement en cellule disciplinaire.

Le projet de création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) doit répondre aux difficultés actuelles de prise en charge psychiatrique en détention et dans le cadre des hospitalisations d'office : en effet, l'hospitalisation avec consentement en SMPR n'est pas satisfaisante, du fait de l'absence de surveillance médicale de nuit ; l'hospitalisation d'office à l'hôpital se révèle quant à elle peu adaptée à la situation des personnes détenues sur les plans de la sécurisation et du fonctionnement d'un service hospitalier ; l'hospitalisation sur la demande d'un tiers n'est pas applicable en prison. Enfin, en matière de soins ambulatoires, le renforcement de l'offre de la psychiatrie en détention doit se poursuivre, en particulier dans les établissements pénitentiaires n'accueillant pas de SMPR.

En outre, en matière d'hospitalisation d'office, les dispositifs hospitaliers de prise en charge n'offrent pas de réponse satisfaisante aux risques, notamment d'évasion, lesquels ne sont pas négligeables.

Les UHSA ont également été créées pour permettre une hospitalisation, dans des conditions de sécurité satisfaisantes également pour les personnels de santé dans la mesure où les textes actuels ne permettent pas la présence d'une garde statique. Ce qui conduit parfois à des durées d'hospitalisation écourtées.

La création de ces unités, qui représentent un coût élevé, est ainsi un compromis entre l'exigence de soin et celle de sécurité et a ainsi recueilli l'approbation des organisations professionnelles, en mai 2006 et avril 2008 lors de la validation du projet de décret UHSA. (La première unité hospitalière spécialement aménagée [UHSA] a ouvert ses portes en mai 2010 au centre hospitalier Le Vinatier de Bron. Il s'agit de la première structure permettant l'hospitalisation de détenus en psychiatrie. Ce département de soixante lits constitue la première étape d'un programme de dix-sept UHSA. La circulaire interministérielle n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA a été publiée au *Bulletin officiel* de la santé du 15 juin 2011.) »

EN DROIT :

I. – SUR LES GRIEFS RELATIFS À LA PROCÉDURE DEVANT LA COUR D'ASSISES

42. Le requérant allègue que les conditions de sa comparution devant la cour d'assises et la cour d'assises d'appel étaient constitutives d'un traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la Convention. Il estime qu'il faut aller au-delà des expertises réalisées qui, contre l'évidence, exposaient qu'il était en mesure de subir un procès pénal. Cette apparence de caution scientifique ne pouvait occulter le fait que, dans le box des assises, à deux reprises, tour à tour prostré, excité, incapable de s'exprimer en raison de son traitement médical, il était victime d'un traitement inhumain et dégradant. Il dénonce le procédé consistant à l'hospitaliser à chaque veille d'audience pour tenter de rendre sa comparution présentable ainsi que les allers-retours incessants entre la détention et l'hôpital. Il fait valoir que, depuis son hospitalisation définitive, son état de santé s'est grandement amélioré. Le requérant se plaint également du fait que sa mise en examen et sa comparution devant la cour d'assises alors qu'il était atteint de troubles mentaux ne répondaient pas aux exigences d'un procès équitable. Il invoque les articles 3 et 6 § 1 de la Convention.

43. Le Gouvernement soutient que, pendant l'audience devant la cour d'assises des Bouches-du-Rhône, seul fut soulevé en substance un grief sur le terrain de « l'exercice de ses droits » par le requérant, c'est-à-dire les droits garantis par l'article 6 § 1 de la Convention mais pas sur le terrain de l'article 3. Il se réfère aux paroles de l'avocat du requérant lors de l'audience selon lesquelles il lui paraissait que « l'exercice des droits de l'accusé n'a pu s'exercer normalement, bien qu'il ait répondu avec pertinence aux questions, même s'il a pu paraître absent par moments ».

44. Maîtresse de la qualification juridique des faits de la cause, la Cour observe que la différence entre l'objectif visé par les garanties respectives des articles 3 et 6 § 1 peut, selon les circonstances, justifier l'examen d'une même série de faits sous l'angle de l'un et l'autre articles (voir, par exemple, V. c. Royaume-Uni [GC], n° 24888/94, CEDH 1999-IX). La Cour rappelle sa jurisprudence relative à la notion de mauvais traitement et aux circonstances dans lesquelles la responsabilité d'un État contractant peut se trouver engagée, au regard de l'article 3 de la Convention, y compris au motif que des conditions de comparution à une audience d'un procès sont humiliantes et constituent un traitement dégradant (Khodorkovskiy c. Russie, n° 5829/04, § 120-126, 31 mai 2011). Toutefois, elle estime en l'espèce que le grief du requérant se concentre sur le déroulement des débats devant les cours d'assises du Var et des Bouches-du-Rhône qu'il a eu à subir en tant que personne souffrant de troubles mentaux. Vu les circonstances de la présente cause, elle juge approprié d'examiner les doléances formulées par l'intéressé uniquement sous l'angle de l'article 6 de la Convention, qui dispose ainsi dans ses parties pertinentes :

« Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement (...) par un tribunal (...) qui décidera (...) du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. »

A. – SUR LA RECEVABILITÉ

45. Le Gouvernement soutient que le requérant n'a pas la qualité de victime au regard de la violation alléguée de l'article 6, au motif qu'il n'a pas été reconnu coupable des faits et encore moins condamné par la cour d'assises statuant en appel. Le requérant ne formule pas d'observations sur ce point.

46. S'agissant de la persistance de la qualité de victime du requérant, la Cour observe que la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, afin de tenir compte de la souffrance des victimes, permet à la juridiction de jugement qui constate une telle irresponsabilité de se prononcer sur la réalité des faits criminels commis par la personne mise en cause (art. 706-129 du CPP, paragraphe 34 ci-dessus) et d'ordonner éventuellement des mesures de sûreté comme ce fut le cas de l'hospitalisation d'office en l'espèce (paragraphe 32 ci-dessus). Dans ce cas, la cour d'assises rend un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, ce qui doit être distingué aux yeux de la Cour d'une décision de relaxe ou d'acquiescement. En conséquence, la Cour estime que la jurisprudence selon laquelle, à la suite d'un acquiescement ou de l'annulation d'une condamnation, le requérant ne peut pas être considéré comme « victime » des droits garantis par l'article 6 de la Convention (Ustün c. Turquie, n° 37685/02, § 24, 10 mai 2007 ; Sharomov c. Russie, n° 8927/02, § 36, 15 janvier 2009 ; Bouglame c. Belgique [déc.], n° 16147/08, 2 mars 2010) ne trouve pas à s'appliquer dans le cas d'espèce.

47. La Cour constate que le grief tiré de l'article 6 § 1 de la Convention n'est pas manifestement mal fondé au sens de l'article 35 § 3 a de la Convention. La Cour relève par ailleurs qu'il ne se heurte à aucun autre motif d'irrecevabilité. Il convient donc de le déclarer recevable.

B. – SUR LE FOND

1. Thèses des parties

48. Le représentant du requérant considère que l'irresponsabilité pénale finalement retenue invalide toutes les expertises réalisées au préalable. Il explique que la maladie du requérant a fini par s'imposer comme une évidence et qu'elle aurait dû être reconnue avant. En tout état de cause, il soutient que tous les témoins de la procédure jugent que le requérant était hors d'état de se défendre.

49. Il fait valoir que, si le requérant a été défendu, ses conseils ont eu à choisir entre risquer de servir d'alibi en palliant la carence de sa capacité à se défendre ou refuser de le défendre tout court en arguant de cette incapacité et de l'indignité de la comparution en justice. L'espoir d'obtenir que la souffrance du requérant cesse a prévalu et la défense a considéré que la priorité était de dénoncer une situation pour obtenir un résultat tangible. Ceci a consisté à prendre la responsabilité de faire tous les choix de défense à la place de l'exposant. Les événements ont donné raison aux défenseurs mais il est inacceptable de voir ce choix cyniquement utilisé contre le requérant. Ce qui est en cause, c'est sa capacité à être jugé, pas qu'il se soit trouvé des tiers pour opérer des choix à sa place. Il en résulte que, selon son représentant, le requérant n'a perçu qu'une faible part des enjeux de son procès, qui ne peut être tenu pour équitable.

50. Le Gouvernement est d'avis qu'à tout moment du procès, les droits de la défense ont été respectés. Il souligne que la participation réelle de l'accusé à son procès présuppose qu'il en comprenne globalement la nature et les enjeux. Cela signifie qu'il doit comprendre dans les grandes lignes ce qui se dit au tribunal (S.C. c. Royaume-Uni, n° 60958/00, § 29, CEDH 2004-IV). Il doit être à même de suivre les propos des témoins à charge, de leur signaler toute déposition avec laquelle il n'est pas d'accord et de les informer de tout fait méritant d'être mis en avant pour sa défense. En cela, la jurisprudence de la Cour de cassation impose cette solution, sursoyant à statuer sur le pourvoi formé par un individu en état de démence (Cass, 11 juillet 2007, *Bull. crim.* n° 85).

51. Le Gouvernement souligne que le requérant a bénéficié tout au long de la procédure de l'assistance d'un avocat. De plus, les autorités judiciaires se sont régulièrement informées, pendant toute la durée de la procédure, de l'état de santé du requérant et de sa capacité à comprendre la procédure. Cela fut le cas pendant l'instruction au cours de laquelle des expertises psychiatriques ont été diligentées chaque fois que cela était nécessaire, au moment du renvoi devant la cour d'assises, à l'approche des audiences devant la cour d'assises en première instance et en appel (ainsi que cela était recommandé, pendant les audiences, le requérant fut extrait du SMPR de la prison avec retour chaque soir dans ce service médical). Il ressort de l'ensemble des expertises que le requérant était conscient de l'enjeu du procès, ainsi que de la gravité des faits qui lui étaient reprochés. Il ne se trouvait pas dans une situation rendant impossible sa capacité à se défendre, ce qui est avéré au surplus par la façon dont il est intervenu au cours des débats.

2. Appréciation de la Cour

52. En principe, le droit d'un accusé, en vertu de l'article 6, de participer réellement à son procès inclut le droit non seulement d'y assister, mais aussi d'entendre et de suivre les débats. Inhérents à la notion même de procédure contradictoire, ces droits peuvent également se déduire du droit de l'accusé, énoncé en particulier à l'article 6 § 3 c, de « se défendre lui-même » (voir, parmi d'autres, Barberà, Messegué et Jabardo c. Espagne, 6 décembre 1988, § 78, série A n° 146 ; Stanford c.

Royaume-Uni, 23 février 1994, § 26, série A n° 282-A, et S.C. c. Royaume-Uni, précité, § 28). La « participation réelle », dans ce contexte, présuppose que l'accusé comprenne globalement la nature et l'enjeu pour lui du procès, notamment la portée de toute peine pouvant lui être infligée. Il doit être à même d'exposer à ses avocats sa version des faits, de leur signaler toute déposition avec laquelle il ne serait pas d'accord et de les informer de tout fait méritant d'être mis en avant pour sa défense (voir, par exemple, Stanford, précité, § 30 ; S.C. c. Royaume-Uni, précité, § 29 ; V. c. Royaume-Uni, précité, § 85, 89 et 90). Les circonstances de la cause peuvent imposer aux États contractants de prendre des mesures positives de manière à permettre à l'accusé de participer réellement aux débats (Liebreich c. Allemagne [déc.], n° 30443/03, 8 janvier 2008 ; Timergaliyev c. Russie, n° 40631/02, § 51, 14 octobre 2008).

53. En outre, la Cour rappelle que des garanties spéciales de procédure peuvent s'imposer pour protéger ceux qui, en raison de leurs troubles mentaux, ne sont pas entièrement capables d'agir pour leur propre compte (voir, *mutatis mutandis*, Winterwerp c. Pays-Bas, 24 octobre 1979, § 60 *in fine*, série A n° 33 ; Megyeri c. Allemagne, 12 mai 1992, § 22, série A n° 237-A ; Prinz c. Autriche, n° 23867/94, § 44, 8 février 2000 ; et Vaudelle c. France, n° 35683/97, § 60, CEDH 2001-I).

54. La Cour observe en premier lieu que, préalablement à chaque audience, le requérant a fait l'objet d'une expertise concluant à la compatibilité de son état de santé avec une comparution devant la cour d'assises. Ainsi, le 8 novembre 2008, soit quatre jours avant l'audience devant la cour d'assises du Var, le médecin notait que le requérant « s'est montré conscient, malgré l'importance de ses troubles, du fait qu'il allait prochainement comparaître (...) et m'est apparu pouvoir s'exprimer à ce sujet » (paragraphe 23 ci-dessus). De même, le 15 septembre 2009, soit moins d'une semaine avant l'audience devant la cour d'assises statuant en appel, le même médecin relevait que le requérant avait conscience des enjeux prochains et pouvait comparaître comme en 2008 avec les limites inhérentes à sa pathologie psychiatrique lourde (paragraphe 30 ci-dessus). Au cours de cette audience, l'avocat du requérant demanda un examen médical pour apprécier l'état de conscience de l'intéressé et la cour d'assises sursit à statuer au motif que l'expertise déjà réalisée pourrait être utilement éclairée notamment par les débats (paragraphe 31 ci-dessus). Enfin, le Gouvernement rapporte que, comme recommandé par les médecins, le requérant fut extrait pour l'audience du SMPR avec retour chaque soir dans ce service médical.

La Cour déduit de ce qui précède que les autorités nationales ont veillé à ce que l'état de santé du requérant lui permette de se défendre convenablement.

55. Les débats ont par ailleurs démontré, ainsi que les minutes de l'audience le décrivent, que le requérant était en mesure de comprendre la nature du procès. Lors des audiences devant les deux cours d'assises, il est noté que le président a interrogé l'accusé et qu'il a répondu. De même, il ressort du procès-verbal des 21 et 22 septembre 2009 que le président décida qu'il n'y avait pas lieu à un nouvel examen médical dès lors que le requérant « a pu répondre ou intervenir spontanément manifestant son écoute et la compréhension des débats » (paragraphe 31 ci-dessus).

56. La Cour relève enfin que le requérant était représenté par des avocats expérimentés qui ont pu l'assister et lui faire comprendre l'importance de l'enjeu du procès eu égard à la nature de son mal. Elle retient que l'un d'entre eux a considéré qu'il avait pu répondre « avec pertinence » (paragraphe 31 ci-dessus). La présence du requérant aux audiences a permis à la cour d'assises d'appel d'apprécier plus concrètement son état de santé mentale, tant lors des débats qu'au moment des faits. L'irresponsabilité pénale décidée par cette juridiction a conduit à une prise en charge du requérant dans le cadre d'une hospitalisation d'office dans un établissement spécialisé, adapté à ses troubles mentaux (paragraphe 32 ci-dessus).

57. La Cour admet que la maladie du requérant et le traitement qui l'accompagne ont pu engendrer des moments de désaffection, voire, de souffrance au cours du procès. Toutefois, elle estime, pour les raisons indiquées ci-dessus, que cela ne suffit pas à conclure que la capacité du requérant à se défendre ait été altérée au point de l'empêcher d'être conscient de l'enjeu de la procédure visant à établir les circonstances de l'acte commis en août 2005 en détention (*mutatis mutandis*, Pylnev c. Russie [déc.], n° 3038/03, 9 février 2010) et de pouvoir y participer réellement.

58. Partant, le procès du requérant n'a pas emporté violation de l'article 6 § 1 de la Convention.

II. – SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 3 DE LA CONVENTION DU FAIT DE L'INCARCÉRATION DU REQUÉRANT DE 2005 À 2009

59. Sous l'angle de l'article 3 de la Convention, le requérant soutient n'avoir pas eu de traitement approprié entre 2005 et 2009 au motif que ses troubles mentaux nécessitaient un traitement adapté en hôpital psychiatrique. Il explique que sa réincarcération à la moindre amélioration constatée constituait pour lui un traitement inhumain et dégradant contraire à la disposition conventionnelle ainsi libellée :

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

A. – SUR LA RECEVABILITÉ

60. Le Gouvernement soutient que le requérant n'a pas exercé les voies de recours à sa disposition ni comme condamné ni au cours de sa détention provisoire.

61. Dans une première période de détention, consécutive à sa condamnation prononcée le 30 juin 2005, le requérant aurait pu saisir le juge de l'application des peines d'une demande de suspension de peine pour motifs de santé, d'une part (art. 720-1-1 du CPP), et d'une demande de libération conditionnelle pour raison de santé (art. 729 du CPP), d'autre part (paragraphe 35 ci-dessus). Il aurait pu par ailleurs exercer un recours devant les juridictions administratives afin de faire reconnaître la responsabilité de l'État au titre du service public pénitentiaire. Le Gouvernement cite des jurisprudences concernant l'indemnisation d'individus pour carence dans la prise en charge médicale ou défaut de soins et de surveillance ayant entraîné la mort. Il évoque l'évolution de la jurisprudence administrative en ce domaine (CE, Ass, 14 décembre 2007, Payet, Boussouar et Planchenault). Le Gouvernement poursuit en indiquant que le requérant avait à sa disposition un recours efficace par la voie du référé suspension (art. L. 521-1 du CJA ; CE, 28 décembre 2009, n° 328768, à propos du maintien d'un détenu sur le registre des détenus particulièrement signalés) ou référé liberté (art. L. 521-2 du CJA ; CA de Douai, 12 novembre 2009, n° 09DA00782, à propos de conditions matérielles de détention).

62. Pendant sa détention provisoire, le requérant aurait pu faire valoir l'incompatibilité de son état de santé avec la détention en sollicitant une mise en liberté pour tout motif, notamment pour raisons médicales, conformément aux articles 148 et 148-1 du CPP (paragraphe 35 ci-dessus). Or, le requérant n'a exercé une demande de mise en liberté que le 25 mars 2009, soit plus de trois ans après le début de sa détention provisoire et plus de quatre mois après sa condamnation en première instance.

63. Le requérant, s'agissant de la période de l'incarcération du 30 juin au 17 octobre 2005, date de son placement en détention provisoire, reconnaît qu'il n'a pas fait de demande d'élargissement. Il explique que, atteint d'une grave pathologie mentale, il était à ce moment-là démuné de tout défenseur et hors d'état de se défendre tout seul. S'agissant de la période de détention provisoire, le requérant rétorque qu'il a présenté plusieurs demandes de mise en liberté et invoqué le grief dans le cadre des différentes audiences qui ont eu lieu pour le renouvellement du titre de détention, soit en octobre 2006, un après son placement, et ensuite tous les six mois jusqu'à son renvoi définitif devant la cour d'assises.

64. La Cour rappelle que les dispositions de l'article 35 de la Convention ne prescrivent l'épuisement que des recours à la fois relatifs aux violations incriminées, disponibles et adéquats. Ils doivent exister à un degré suffisant de certitude, non seulement en théorie mais aussi en pratique, sans quoi leur manquent l'effectivité et l'accessibilité voulues ; il incombe à l'État défendeur de démontrer que ces exigences se trouvent réunies (V. c. Royaume-Uni, précité, § 57).

65. Concernant la période au cours de laquelle le requérant était condamné, soit du 30 juin au 17 octobre 2005, la Cour observe en effet qu'il ne ressort pas du dossier que le requérant ait demandé une suspension de peine pour motif de santé. Il est exact que les articles 729 et 720-1-1 du CPP mettent en place des recours devant le juge de l'application des peines qui permettent, en cas de dégradation importante de l'état de santé d'un détenu, de demander à bref délai sa libération (Raffray Taddei c. France, n° 36435/07, § 46, 21 décembre 2010). Il ressort toutefois de l'article 720-1-1 du CPP que cette disposition exclut de la possibilité de demander une suspension de peine les personnes détenues hospitalisées pour troubles mentaux. Si la présence du requérant dans un établissement de santé à ce moment-là n'est pas claire, surtout après l'incendie, il faut constater que son grief repose sur le manque de lieu pouvant se substituer à la prison pour soigner sa maladie mentale, ce qui se distingue d'un grief tiré du maintien en détention du fait d'une dégradation importante de l'état de santé d'un détenu. Il est en tout cas indéniablement lié à la question de la qualité des soins prodigués et, le cas échéant, à la décision de l'hospitaliser à temps complet et à ses conditions de détention. En conséquence, compte tenu de la formulation du grief, qui s'apparente plus à un grief d'ordre structurel, et de la situation particulière du requérant, la Cour estime que le recours préconisé n'aurait pas permis aux autorités nationales de remédier à la violation alléguée (*mutatis mutandis*, Cocaïgn c. France, n° 32010/07, § 66, 3 novembre 2011, non définitif). Il en est de même de l'action en responsabilité, envisageable comme un recours à exercer par les proches de la victime de l'incendie (paragraphe 37 ci-dessus), ou du recours en référé, à propos desquels le Gouvernement fournit des exemples jurisprudentiels qui ne permettent pas de considérer ces voies comme existant à un degré suffisant de certitude.

66. Quant à la période de détention provisoire, la Cour relève que le conseil du requérant a plusieurs fois demandé l'élargissement de l'intéressé (paragraphe 13 et 17 ci-dessus) mais pour requérir en réalité son internement dans un hôpital spécialisé.

67. Compte tenu de la formulation du grief, la Cour considère que les recours préconisés n'auraient pas permis de remédier à la violation alléguée. La Cour constate que ce grief n'est pas manifestement mal fondé au sens de l'article 35 § 3 a de la Convention. La Cour relève par ailleurs qu'il ne se heurte à aucun autre motif d'irrecevabilité. Il convient donc de le déclarer recevable.

B. – SUR LE FOND

1. Thèses des parties

68. Le représentant du requérant explique que c'est dès le début que l'incarcération fut problématique pour lui et pour l'administration, au point de le mettre en danger, ainsi que ses codétenus et le personnel pénitentiaire. Le contexte de son incarcération en 2005 est significatif car, alors que le requérant demandait à être hospitalisé, le personnel de l'hôpital a provoqué l'intervention de la police. D'emblée, le problème des malades difficiles a été posé et la carence administrative avérée. Il

fait valoir que la surveillance de ces malades doit être constante, car la prise du traitement entraîne une amélioration, celle-ci suscite la cessation de la prise du traitement et la rechute. Or la solution pénale, si elle est satisfaisante pour l'opinion publique, moins coûteuse et plus souple, ne l'a pas été pour le requérant. Outre le manque de soins qui crée en lui-même une souffrance, l'incarcération et la sporadicité du traitement qu'elle entraîne créent un danger. Il affirme que le requérant a souvent été victime de sa maladie, mais aussi victime de ses codétenus et de l'administration (paragraphe 20 ci-dessus). La seule réaction a été alors de l'isoler en cellule au sein du SMPR.

69. Les incessants allers-retours du requérant entre la détention, où son état s'aggravait, et l'hôpital, où son état s'améliorait, constituent en eux-mêmes, selon son avocat, un traitement contraire à l'article 3.

70. Le Gouvernement soutient que le requérant a bénéficié de soins particuliers appropriés à son état de santé et à sa personnalité asociale et violente. Il a effectué à chaque fois et aussi longtemps que le corps médical l'a jugé nécessaire des séjours au SMPR et en hôpital psychiatrique. Il a été hospitalisé à sept reprises au centre hospitalier Edouard-Toulouse à Marseille. En outre, alors qu'il était incarcéré, le requérant a séjourné à de très nombreuses reprises au SMPR des établissements pénitentiaires d'affectation, ainsi qu'en unité hospitalière sécurisée interrégionale. Le Gouvernement réfute l'idée que l'alternance de périodes dans les différents établissements psychiatriques et pénitentiaires pourrait constituer un traitement inhumain. C'est au contraire la preuve de toute l'attention portée par les médecins à l'état mental du requérant. Le Gouvernement ajoute que, sur le plan somatique, le requérant a bénéficié des examens médicaux nécessaires : consultation d'un pneumologue et d'un ophtalmologue en 2007, extractions dentaires, intervention en dermatologie en juin 2008. L'ensemble de ces éléments font conclure au Gouvernement à l'adéquation des soins de santé prodigués au requérant avec les règles pénitentiaires européennes (point 43.1, 43.3 et 46.1).

2. Appréciation de la Cour

71. La Cour rappelle que, selon sa jurisprudence, un traitement doit atteindre un minimum de gravité pour tomber sous le coup de l'article 3. L'appréciation de ce minimum est relative par essence ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, et notamment de la durée du traitement, de ses effets physiques ou mentaux, ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime (*Kudla c. Pologne* [GC], n° 30210/96, § 91, CEDH 2000-XI, et *Peers c. Grèce*, n° 28524/95, § 67, CEDH 2001-III). Bien que le but du traitement soit un élément à prendre en compte, pour ce qui est de savoir en particulier s'il visait à humilier ou rabaisser la victime, l'absence d'un tel but ne saurait exclure de façon définitive un constat de violation de l'article 3 (*Peers*, précité, § 74). La Cour renvoie également aux principes généraux relatifs à la responsabilité des États quant aux soins de santé des personnes en détention tels qu'ils se trouvent énoncés notamment dans l'arrêt *Slawomir Musial c. Pologne* (n° 28300/06, §§ 85-88, 20 janvier 2009). Dans cet arrêt, elle a conclu, à propos d'un détenu souffrant de troubles mentaux graves et chroniques, dont la schizophrénie, que si le maintien de celui-ci en détention n'était pas incompatible en lui-même avec son état de santé, son placement, en revanche, dans un établissement inapte à l'incarcération des malades mentaux posait de graves problèmes au regard de la Convention. Elle releva en outre que ce détenu ne bénéficiait pas d'un traitement spécialisé, en particulier d'une surveillance psychiatrique constante, et que ces faits combinés à des conditions matérielles de détention inappropriées avaient « manifestement » nui à sa santé et à son bien-être et constituaient un traitement inhumain et dégradant (§ 97).

72. La Cour a déjà eu l'occasion de se pencher sur la compatibilité du maintien en détention des personnes souffrant de pathologies graves, tant physiques (*Mouisel c. France*, n° 67263/01, § 42, CEDH 2002-IX) que mentales (*Rivière c. France*, n° 33834/03, § 64, 11 juillet 2006). La question centrale posée dans ces affaires est de déterminer si le milieu carcéral est en soi inadapté à la condition d'un individu souffrant de pathologies invalidantes et si l'épreuve de la détention en tant que telle s'avère particulièrement pénible en raison de l'incapacité de l'individu d'endurer une telle mesure (*Kotsaftis c. Grèce*, n° 39780/06, § 50, 12 juin 2008). Dans le cas des malades mentaux, il faut tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne (*Slawomir Musial*, précité, § 87).

73. La Cour renvoie également au constat fait à l'échelle nationale de l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique en détention et de l'urgence à faire en sorte que les détenus qui souffrent de graves troubles mentaux soient hospitalisés (paragraphe 36, 38 et 40 ci-dessus ; voir également l'arrêt *Rivière* précité).

74. Pour ce qui est de la présente affaire, la Cour note que le problème doit être distingué de celui de la comparution devant la cour d'assises. Elle observe que la gravité de la maladie dont est atteint le requérant est incontestée. Il souffre de troubles mentaux importants et chroniques, notamment sa schizophrénie (délires psychotiques, hallucinations), maladie de longue durée qui nécessite un traitement au long cours (*Bensaid c. Royaume-Uni*, n° 44599/98, § 36, CEDH 2001-I) et qui engendre un risque de suicide connu et élevé (*Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 94, CEDH 2001-III). Elle relève également que l'intéressé a été au cours de sa détention, à de nombreuses reprises, victime de rechutes comme en témoignent ses nombreuses hospitalisations d'office (paragraphe 18, 22, 26, 28 et 30 ci-dessus). Or, la Cour a déjà jugé, certes dans d'autres circonstances, que les souffrances qui accompagnent les rechutes d'un malade schizophrène pourraient en principe relever de l'article 3 (*Bensaid*, précité, § 37).

75. La Cour relève encore que, tout au long de ces quatre années, les médecins ne cessèrent de recommander, outre un traitement médicamenteux « essentiellement à visée thérapeutique par rapport aux troubles que [le requérant] présente » (paragraphe 23 ci-dessus), un suivi psychiatrique spécialisé, durable et soutenu y compris en unité pour malades difficiles (paragraphe 11, 12 et 30) au motif que ses troubles pouvaient compromettre la sûreté des personnes en raison de l'imprévisibilité de ses passages à l'acte.

76. À cet égard, la Cour observe que le requérant a été soigné fréquemment et qu'il a bénéficié de soins et de traitements médicaux dispensés en détention. Les rapports des médecins indiquent en effet que le requérant était régulièrement traité à l'aide de médicaments (paragraphe 23 et 30 ci-dessus) et qu'il était placé au sein du SMPR de l'établissement pénitentiaire dans lequel il se trouvait dès que sa détention ordinaire dans la prison n'était pas compatible avec son état de santé. Il fut ainsi placé en SMPR plus de douze fois pour des séjours de quelques semaines entrecoupés par des retours en détention normale au sein de la maison d'arrêt des Baumettes (paragraphe 11, 18, 22, 26 et 29 ci-dessus). Il fit par ailleurs l'objet d'hospitalisations d'office en application de l'article D. 398 du CPP à sept reprises (paragraphe 30 et 70 ci-dessus). Ces hospitalisations d'office furent ordonnées alors que l'intéressé se trouvait en proie à de nombreuses périodes d'anxiété difficilement compatibles avec la détention, y compris dans le service régional de psychiatrie pénitentiaire, en 2007, 2008 et 2009 (paragraphe 18, 22, 26 et 28 ci-dessus). Ainsi, en 2008, l'expert précisa que les séjours psychiatriques avaient été ordonnés « par rapport à des moments de décompression anxio-dépressive à thème notamment persécutoire, et pour des séjours de décompression par rapport aux nombreux séjours qu'il a déjà effectués aux Baumettes dans le cadre d'un SMPR » (paragraphe 23 ci-dessus). Début 2009, le requérant présenta « une recrudescence anxieuse avec mise en avant de ses idées délirantes et anciennes (délire de grandeur et de paternité) ». Le 4 septembre 2009, veille de son procès en appel et de la reconnaissance de son irresponsabilité pénale, il fut également admis en hospitalisation d'office pour « état fluctuant, avec des épisodes d'excitation psychique à tonalité délirante alternant avec des périodes d'affaissement thymique et des ruminations anxieuses » (paragraphe 30 ci-dessus).

77. Si les hospitalisations d'office ponctuelles du requérant ont permis d'éviter la survenance d'incidents qui auraient pu mettre en péril son intégrité physique et mentale ainsi que celle d'autrui, l'extrême vulnérabilité du requérant appelait cependant, aux yeux de la Cour, des mesures aptes à ne pas aggraver son état mental, ce que n'ont pas permis les nombreux allers-retours de celui-ci entre la détention ordinaire et ses hospitalisations (voir, par exemple, *a contrario* Aerts c. Belgique, 30 juillet 1998, §§ 65-66, Recueil des arrêts et décisions 1998-V; voir également paragraphe 36 ci-dessus).

78. En premier lieu, la Cour est frappée par la répétition et la fréquence des hospitalisations de l'intéressé. Les nombreuses périodes de soins délivrés à la fois hors du milieu carcéral dans le cadre des hospitalisations d'office et au sein du SMPR (paragraphe 76 ci-dessus) soulignaient le caractère grave et chronique des troubles mentaux du requérant. Les décisions d'hospitalisations dans un établissement de santé prises à l'égard du requérant conformément à l'article D. 398 du code de procédure pénale en 2007, 2008 et 2009 étaient ordonnées chaque fois que son état de santé n'était plus compatible avec la détention. Il retournait ensuite soit au sein du SMPR de la prison, soit en cellule ordinaire jusqu'à ce que son état se dégrade à nouveau. Dans ces conditions, il était vain d'alterner les séjours à l'hôpital psychiatrique et en prison, les premiers étant trop brefs et aléatoires, les seconds incompréhensibles et angoissants pour le requérant, dangereux pour lui-même et autrui (paragraphe 38 et 40 ci-dessus). La Cour observe ainsi que l'alternance des soins, en prison et dans un établissement spécialisé, et de l'incarcération faisait manifestement obstacle à la stabilisation de l'état de l'intéressé, démontrant ainsi son incapacité à la détention au regard de l'article 3 de la Convention.

79. En second lieu, la Cour relève que les conditions matérielles de détention du requérant au sein du SMPR des Baumettes où il a séjourné à de nombreuses reprises ont été sévèrement critiquées par les autorités nationales, dont la Cour des comptes qui n'a pas hésité à les qualifier de conditions indignes (paragraphe 39 ci-dessus; voir également paragraphes 38 et 40 ci-dessus). Combinées à la rudesse du milieu carcéral (paragraphe 20 ci-dessus), ces conditions n'ont pu qu'aggraver son sentiment de détresse, d'angoisse et de peur.

80. Ensemble, et tout en étant consciente des efforts déployés par les autorités pour prendre en charge les troubles mentaux de l'intéressé et de la difficulté d'organiser des soins aux détenus souffrant de troubles mentaux (paragraphe 38, 40 et 41 ci-dessus), la Cour estime que ces éléments conduisent à considérer que le maintien en détention du requérant dans les conditions décrites ci-dessus, et sur une longue période, de 2005 à 2009, a entravé le traitement médical que son état psychiatrique exigeait et lui a infligé une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention (*mutatis mutandis*, Slawomir Musial, précité, § 96).

81. La Cour rappelle que, selon les règles pénitentiaires européennes de 2006 (Recommandation REC [2006] 2), les détenus souffrant de troubles mentaux graves doivent pouvoir être placés et soignés dans un service hospitalier doté de l'équipement adéquat et disposant d'un personnel qualifié (point 12.1 de l'annexe à la Recommandation Rec [2006] 2). Dans un arrêt récent, elle a attiré l'attention des autorités sur l'importance de ces recommandations, fussent-elles non contraignantes pour les États membres (Slawomir Musial, précité, § 96).

82. Partant, la Cour conclut en l'espèce à un traitement inhumain et dégradant et à la violation de l'article 3 de la Convention.

III. – SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 41 DE LA CONVENTION

83. Aux termes de l'article 41 de la Convention :

« Si la Cour déclare qu'il y a eu violation de la Convention ou de ses protocoles, et si le droit interne de la haute partie contractante ne permet d'effacer qu'imparfaitement les conséquences de cette violation, la Cour accorde à la partie lésée, s'il y a lieu, une satisfaction équitable. »

A. – DOMMAGE

84. Le requérant réclame 150 000 € au titre du préjudice physique et moral qu'il aurait subi du fait des conditions de sa détention et de la privation des soins de santé ainsi que du préjudice caractérisé par ses comparutions et les mauvais traitements subis.

85. Le Gouvernement juge les demandes infondées et excessives. Le Gouvernement considère que, si la Cour venait à constater une violation de l'article 6 § 1 ou 3 de la Convention, il serait raisonnable d'allouer 3 000 € au requérant pour le préjudice moral subi.

86. La Cour considère que l'intéressé a pu éprouver de l'angoisse en raison du sentiment qu'il a eu de ne pas bénéficier, en détention, des soins et d'un encadrement appropriés à son état de santé. Il a donc subi un préjudice moral qui ne peut être uniquement réparé par le constat de violation. Statuant en équité, la Cour alloue au requérant 10 000 € de ce chef (*mutatis mutandis*, Slawomir Musial, précité, § 112).

B. – FRAIS ET DÉPENS

87. Le requérant demande également 11 960 € pour les frais et dépens engagés devant la Cour. Il fournit une facture de 10 960 €.

88. Le Gouvernement estime qu'une somme maximale de 5 000 € pourrait être allouée.

89. Selon la jurisprudence de la Cour, un requérant ne peut obtenir le remboursement de ses frais et dépens que dans la mesure où se trouvent établis leur réalité, leur nécessité et le caractère raisonnable de leur taux. En l'espèce et compte tenu des documents en sa possession et de sa jurisprudence, la Cour estime la somme réclamée excessive et accorde au requérant 5 000 € pour la procédure devant la Cour.

C. – INTÉRÊTS MORATOIRES

90. La Cour juge approprié de calquer le taux des intérêts moratoires sur le taux d'intérêt de la facilité de prêt marginal de la Banque centrale européenne majoré de trois points de pourcentage.

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. Déclare la requête recevable quant aux griefs tirés de la violation alléguée de l'article 6 § 1 du fait de la comparution devant la cour d'assises et du maintien en détention de 2005 à 2009.

2. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 6 de la Convention.

3. Dit qu'il y a eu violation de l'article 3 de la Convention.

4. Dit :

a) Que l'État défendeur doit verser au requérant, dans les trois mois à compter du jour où l'arrêt sera devenu définitif conformément à l'article 44 § 2 de la Convention :

i) 10 000 € (dix mille euros), plus tout montant pouvant être dû à titre d'impôt, pour dommage moral ;

ii) 5 000 € (cinq mille euros), plus tout montant pouvant être dû par le requérant à titre d'impôt, pour frais et dépens ;

b) Qu'à compter de l'expiration dudit délai et jusqu'au versement, ces montants seront à majorer d'un intérêt simple à un taux égal à celui de la facilité de prêt marginal de la Banque centrale européenne applicable pendant cette période, augmenté de trois points de pourcentage.

5. Rejette la demande de satisfaction équitable pour le surplus.

Fait en français, puis communiqué par écrit le 23 février 2012, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

La greffière,
CLAUDIA WESTERDIEK

Le président,
DEAN SPIELMANN