

CHAMBRE DES RECOURS PENALE

Arrêt du 27 avril 2015

Composition : M. ABRECHT, président
MM. Meylan et Perrot, juges
Greffière : Mme Saghbini

Art. 59 et 64b al. 1 let. b CP ; 26 al. 1 et 38 LEP

Statuant sur le recours interjeté le 27 mars 2015 par **M._____** contre la décision rendue le 19 mars 2015 par le Collège des juges d'application des peines dans la cause n° **AP14.006238-CPB**, la Chambre des recours pénale considère :

En fait :

A. a) Par arrêt du 11 décembre 2006, le Tribunal d'accusation du canton de Vaud a prononcé un non-lieu en faveur de M._____, prévenu de tentative de meurtre, lésions corporelles graves, lésions corporelles simples qualifiées et mise en danger de la vie d'autrui, et a ordonné l'internement du prénommé. En substance, il était reproché à M._____

d'avoir, le 8 octobre 2004, au Centre islamique de [...], à l'occasion de la prière du vendredi, frappé d'un coup de couteau l'imam [...], l'atteignant à l'abdomen, et d'avoir asséné des coups à ceux des fidèles qui tentaient d'intervenir pour le désarmer.

Dans le cadre de cette procédure pénale, M. _____ a fait l'objet d'une expertise psychiatrique réalisée le 20 mai 2005 par les Drs [...] et [...] de [...]. Les experts ont diagnostiqué chez le prénommé un trouble délirant persistant (paranoïa) et d'utilisation d'alcool nocive pour la santé, actuellement abstinente. Ils ont exposé qu'à l'époque des faits, le condamné était en proie à un état délirant prononcé, à thème persécutoire et mystique, qui persistait encore malgré le traitement neuroleptique reçu en détention provisoire et qui altérait sévèrement la compréhension que l'expertisé avait de la réalité, tout comme sa faculté d'apprécier le caractère illicite de ses actes. Les experts ont ainsi conclu à l'irresponsabilité du prénommé et à l'existence d'un risque de récurrence concret, étant précisé que ce risque paraissait renforcé par le fait d'une part que le trouble persistait en détention nonobstant le traitement mis en place et d'autre part que l'expertisé englobait par avance son jugement à venir dans son délire, attendant de pouvoir révéler au tribunal l'endroit où il avait caché un « faux Coran » et de démontrer ainsi la véracité de ses affirmations. Les experts ont encore ajouté que l'utilisation d'alcool par l'intéressé était susceptible d'entraîner une baisse de l'inhibition et de favoriser un passage à l'acte violent, mais que tel n'avait pas été le cas le 8 octobre 2004.

Dans un complément d'expertise du 21 octobre 2005, les mêmes experts ont relevé que le traitement neuroleptique dont M. _____ bénéficiait en détention - qui avait dû être initialement imposé en raison du grave état de retrait présenté par le prénommé et des risques hétéro-agressifs évalués par le personnel de la prison - entraînait une amélioration sur le plan des angoisses et de l'irritabilité, de même que sur la sociabilité du patient, et une diminution du dynamisme du délire ; toutefois, le contenu du délire restait intact, le « noyau délirant » demeurant actif de façon persistante en ce sens que l'expertisé continuait

à ne pas se sentir malade, qu'il vivait son traitement comme inutile, voire nuisible, qu'il restait convaincu d'être victime de l'enlèvement de sa famille et d'avoir démasqué l'existence de « faux Corans » et qu'il attendait son procès pour faire éclater la vérité. Les experts ont précisé du reste que les neuroleptiques n'avaient généralement que peu ou pas d'effet sur les délires constitués, mais qu'il n'existait pas d'autre traitement pour soigner les troubles délirants persistants. Par conséquent, ils ont préconisé une mesure d'internement pour garantir un cadre qui permettrait la poursuite du traitement de M. _____ sur une longue durée.

b) Dans le cadre du réexamen des internements imposé par l'entrée en vigueur de la nouvelle partie générale du Code pénal le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal d'accusation a ordonné, le 19 novembre 2007, la poursuite de l'internement prononcé le 11 décembre 2006. Le tribunal a retenu, en bref, qu'au vu des rapports et des conclusions des psychiatres, il se justifiait dans les circonstances de l'espèce, et faute d'éléments nouveaux pertinents, d'ordonner la poursuite de l'internement prononcé sous l'ancien droit, l'amélioration de l'état de santé de M. _____ et de sa conduite n'étant en effet pas suffisante pour permettre de substituer à l'internement une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 ; RS 311.1).

c) Par décision du 5 février 2008, l'Office d'exécution des peines (ci-après : OEP) a ordonné la poursuite de l'internement de M. _____ aux Etablissements de la plaine de l'Orbe (ci-après : EPO).

Après une incarcération de six ans au pénitencier, le condamné a été transféré, le 2 mai 2013, ensuite d'une décision prise le 22 avril 2013 par l'OEP, en secteur ouvert à la Colonie des EPO, où il est détenu depuis lors. Ce transfert a en particulier été subordonné à la condition que l'intéressé prenne sa médication conformément aux prescriptions médicales.

d) En 2009, une réactualisation de l'expertise a été ordonnée. Dans leur rapport du 2 novembre 2009, les experts psychiatres ont

confirmé les diagnostics de trouble délirant persistant et d'utilisation d'alcool nocive pour la santé, actuellement abstinent, qu'ils avaient posés dans leur rapport du 20 mai 2005 et son complément du 21 octobre 2005. Ils ont relevé une amélioration notable de la situation de M. _____ sur le plan comportemental et relationnel avec, en particulier, l'absence de toute manifestation d'hétéro-agressivité sur une durée significative. Ils ont toutefois précisé que cette amélioration comportementale ne s'accompagnait que d'une amélioration symptomatique très modérée sur le plan du trouble délirant, en raison de la persistance des thèmes délirants. Les experts ont souligné à cet égard que le cantonnement du délire à des éléments du passé était grandement favorisé par le cadre carcéral non seulement routinier, mais également sécurisant, qui leur paraissait alors le seul à même de garantir la poursuite du traitement nécessaire à M. _____. Ils ont rapporté que le prénommé présentait toujours une anosognosie importante, dont témoignaient les nombreuses demandes qu'il faisait au sein de la prison afin que l'on cesse de lui administrer ses injections. Il ne percevait pas l'effet bénéfique de son traitement et le rendait responsable d'une diminution de son acuité visuelle. Cette anosognosie était toutefois partielle, dans la mesure où l'expertisé avait conscience de l'effet bénéfique du traitement pharmacologique *per os* qui lui était prodigué, parfois même à sa demande, lors de moments de tristesse, de problèmes de sommeil ou de moments d'anxiété. Ainsi, les experts ont estimé qu'une ébauche d'alliance thérapeutique était devenue possible, mais qu'elle atteignait rapidement ses limites dès qu'étaient abordées les thématiques délirantes ou la nature des difficultés psychiques que l'intéressé rencontrait depuis plusieurs années. Selon eux, un véritable travail thérapeutique sur les actes commis et sur les raisons qui les avaient suscités ne pouvait donc pas encore être déployé.

e) La libération conditionnelle a été refusée à quatre reprises à M. _____ par décisions du Collège des juges d'application des peines des 23 février 2010, 29 avril 2011, 2 juillet 2012 et 9 juillet 2013. Ces refus reposaient notamment sur le fait que malgré le fait que le condamné se montrait respectueux du cadre, il peinait toujours à reconnaître sa

pathologie psychiatrique et à s'investir pleinement dans le cadre de sa thérapie, de sorte qu'il n'apparaissait pas prêt à retourner vivre dans la communauté avec la garantie de ne pas la mettre en danger. Le pronostic à poser quant au comportement futur du condamné, s'il venait à être libéré conditionnellement de l'exécution de la mesure, a ainsi été considéré comme défavorable, dès lors que le risque de récurrence s'avérait concret.

S'agissant de la levée de l'internement au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle, le Collège des juges d'application des peines a, pour la dernière fois le 2 juillet 2012, considéré qu'il n'y avait pas lieu de saisir le Tribunal d'arrondissement de Lausanne à cette fin du fait que M._____ refusait alors le traitement tel que préconisé par les experts et médecins, ce qui ruinait toute chance de succès.

B. a) Le 20 janvier 2014, le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (ci-après : SMPP) a établi un rapport duquel il ressort que M._____ bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré associant des entretiens mensuels à un traitement neuroleptique. Les médecins ont exposé qu'en novembre 2013, ensuite de nombreux recadrages, l'intéressé avait accepté de reprendre sa médication sous surveillance et que les dosages sanguins correspondaient désormais aux doses prescrites. M._____ se présentait toujours volontiers aux entretiens au cours desquels il évoquait ses difficultés d'ordre carcéral ou ses projets ; en revanche, les discussions autour de sa maladie ou de son traitement demeuraient difficiles à aborder. Les praticiens ont qualifié l'alliance thérapeutique de moyenne, dans la mesure où le prénommé peinait à leur faire confiance s'agissant de la prise en charge de sa maladie. Les objectifs du traitement restaient le renforcement de l'alliance thérapeutique à travers un travail psycho-éducatif visant à une meilleure compréhension de la maladie, de l'importance de la médication et des enjeux quant aux perspectives d'élargissement du cadre de la mesure. Les thérapeutes ont relevé que, sur le plan pharmacologique, une augmentation du dosage du neuroleptique permettrait probablement une meilleure stabilisation ; de plus, la reprise d'un traitement neuroleptique

dépôt pourrait être bénéfique, notamment au vu des difficultés de compliance de M._____. Ils ont indiqué enfin que le prénommé demeurait pour une large partie dans une non-reconnaissance de sa pathologie psychiatrique et que les limitations introspectives inhérentes à sa psychose ne permettaient pour le moment pas de véritable travail de remise en question.

b) Dans son rapport relatif à la libération conditionnelle du 5 février 2014, la Direction des EPO a préavisé négativement à un élargissement anticipé, relevant qu'un retour à la vie libre devrait être organisé de manière progressive et que le prénommé devrait faire ses preuves avant de bénéficier d'un tel élargissement. S'agissant de son comportement et de son attitude face au travail, la direction a indiqué que M._____ était régulièrement présent, se montrait respectueux du cadre et accomplissait correctement ce qui lui était demandé. Bien qu'il communiquât peu avec ses codétenus, son intégration au sein de l'atelier de la forge s'était déroulée sans heurts et son comportement au cellulaire n'appelait pas de remarques particulières.

En ce qui concernait son évaluation criminologique, il était relevé que pour toute évolution, le condamné exprimait davantage de regrets et d'empathie pour ses victimes, même s'il avait pu être observé que ces regrets étaient égocentrés. Il présentait par ailleurs toujours de la difficulté à percevoir la gravité de ses actes et il ne reconnaissait pas sa maladie psychique, ni les effets bénéfiques de sa médication. Les évaluateurs ont rapporté que le transfert de l'intéressé en secteur ouvert de la Colonie semblait avoir eu l'effet de « poser » celui-ci, lequel déclarait s'y sentir mieux qu'au pénitencier. Il leur apparaissait opportun que la situation de M._____ soit rediscutée sous un angle pluridisciplinaire avant de pouvoir envisager la suite de l'exécution de sa mesure, dont les conduites socio-thérapeutiques pourraient être la première étape.

Enfin, il était constaté que le condamné ne parvenait pas à se projeter dans l'avenir en raison du fait qu'il ne savait pas quand il serait libéré ; il indiquait souhaiter trouver un emploi de peintre. Son épouse et

ses enfants auraient quitté [...] pour se rendre chez sa sœur en [...]; selon les déclarations de M. _____, il aurait régulièrement de leurs nouvelles et leur enverrait dès qu'il le pouvait de l'argent pour subvenir à leurs besoins.

c) Dans son avis du 18 février 2014, la Commission interdisciplinaire consultative (ci-après : la CIC) a constaté que les appréciations portées sur le comportement et l'adaptation de M. _____ depuis son admission au secteur ouvert de la Colonie étaient globalement favorables : le prénommé continuait de se faire suivre assidûment par le SMPP et de prendre les médicaments qui lui étaient indispensables, ses rapports avec son entourage étaient adéquats et son investissement dans le travail régulier. La commission a relevé que le prénommé s'avérait toutefois incapable d'examiner sa violence et que la nature délirante des actes pour lesquels il avait été condamné ne faisait encore l'objet d'aucune critique de sa part.

Dans ces conditions, la CIC a estimé que la phase d'observation entreprise depuis l'élargissement de régime devrait être poursuivie pour que l'amélioration et la stabilisation observées puissent être confirmées sur le long terme, considérant en outre qu'un nouvel aménagement était actuellement prématuré.

C. a) Le 24 mars 2014, l'OEP a saisi le Collège des juges d'application des peines d'une proposition de refus de la libération conditionnelle de M. _____ au motif que celui-ci devait encore parcourir un chemin important dans un environnement progressivement élargi avant que l'on puisse envisager de lui donner l'occasion de faire ses preuves en liberté, de sorte qu'en l'état une libération conditionnelle était encore largement prématurée. Dans ces circonstances, cet office a également considéré qu'il était préférable de surseoir à la saisine du Tribunal d'arrondissement de Lausanne en vue d'un changement de mesure au sens de l'art. 64b al. 1 let. b CP.

b) Par courrier du 17 avril 2014, le défenseur d'office de M. _____ a sollicité la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, très subsidiairement la réactualisation de la dernière expertise figurant au dossier.

c) M. _____ a été entendu une première fois le 2 mai 2014 par la Présidente du Collège des juges d'application des peines, en présence de son défenseur. Il a déclaré que son transfert en secteur ouvert de la Colonie avait tout changé pour lui, qu'il n'était plus enfermé et qu'on lui faisait confiance, de sorte qu'il se sentait bien dans ce nouveau cadre. Il a indiqué avoir désormais des contacts téléphoniques quotidiens avec sa famille en [...]. A propos de son traitement auprès du SMPP, le prénommé a exposé : *« [...] quand les médecins veulent me voir, moi je ne refuse pas. Je n'ai pas de problèmes avec les médicaments. Au début, les doses n'étaient pas adaptées. Mais depuis 2011 ça va mieux, je n'ai plus de tremblements et je n'ai plus d'angoisses. Je prends le médicament devant les surveillants. Pour vous répondre, j'ai un bon contact avec le Dr [...], il est [...] et ça m'aide beaucoup car je parle dans ma langue »*. En outre, s'agissant de son internement, M. _____ a tenu les propos suivants : *« C'est trop long pour moi. Ça fait dix ans que j'attends tous les jours. [...] Dans les rapports, il est écrit que je suis un danger public, mais à la prison il y a du public. Je vis avec des gens à la prison et il n'y a pas de bagarres, c'est la preuve que je ne suis pas dangereux. [...] Avant l'accident de 2004, j'étais bien, j'avais un travail et j'avais une famille. C'est comme ça, ça peut arriver à n'importe qui. Moi je n'accepte pas de n'avoir pas été jugé et qu'on me dise que je n'étais pas responsable. J'étais responsable »*. Le condamné a encore ajouté que sa thérapie l'aidait beaucoup et qu'il était demandeur de ce soutien lorsqu'il se sentait mal.

d) Dans la cadre de l'examen périodique de sa mesure d'internement, M. _____ a fait l'objet d'une nouvelle expertise, réalisée le 27 novembre 2014 par le Dr [...] et par le Prof. [...] du [...]. Les experts ont posé le diagnostic de trouble délirant persistant à l'endroit de M. _____. Ils ont indiqué à ce propos :

« Contrairement aux formes habituelles de trouble délirant qui sont caractérisées par une idéation délirante compatible avec un fonctionnement quotidien a minima, l'idéation délirante de l'expertisé impressionne par son dynamisme, son intensité et la manière dont il envahit le reste du psychisme. Il suffit d'un moment de frustration, de contrariété, de confrontation avec la réalité pour que le délire revienne au premier plan et rendre l'expertisé irritable, colérique, projectif et incapable de réfléchir ou de se remettre en question. Une fois à l'extérieur du milieu carcéral, où la confrontation avec la réalité de tous les jours est permanente, le risque "d'avoir recours" au délire pour interpréter la réalité, de devenir irritable et de passer à l'acte est très important, ceci d'autant plus qu'il s'agit d'une personne qui a commis des actes de violence, apparemment avant la construction du délire (avec son employeur, avec son fils, etc.). » (p. 11)

Les experts ont par ailleurs exclu que M._____, même s'il présentait par moment un regret concernant ses actes, ait des ressources internes suffisantes pour prendre de la distance par rapport aux contraintes de la vie quotidienne, et qu'il ait la motivation nécessaire pour prendre sa médication à l'extérieur. Selon eux, sa psychopathologie restait très aiguë, en ce sens que :

« Même si par moment elle est plus éteinte, et même en l'absence de bizarreries du comportement (probablement grâce à la prise de faibles doses de l'antipsychotique), à d'autres moments, elle envahit tout son psychisme, les relations avec autrui et ne permet aucun dialogue ou entrée en matière concernant l'avenir. Dans ce contexte-là, avec un délire par moments si présent, aucun travail socio-thérapeutique ne peut être mis en place. Par conséquent, un changement d'article ou un transfert dans une structure type "Curabilis" sont dépourvus de sens clinique. En revanche, il risque de contribuer à une chronicisation de l'omniprésence du délire (le délire risque de devenir chroniquement aigu). » (p. 12)

Ainsi, en dépit du fait que M._____ faisait preuve d'un comportement adéquat en milieu pénitentiaire, les experts ont constaté

que son délire restait toujours très actif et qu'il pouvait envahir à tout moment sa pensée et son attitude envers autrui. Ils ont exposé du reste que pendant son examen, l'expertisé était devenu très irritable à la moindre confrontation à la réalité, angoissé, intolérant à la frustration, et que cela avait suffi pour réactiver toutes ses défenses paranoïdes et le rendre agité envers l'interlocuteur, n'ayant aucune capacité à prendre une certaine distance de ses idées délirantes. S'agissant du risque de récurrence, les experts ont considéré qu'au vu du dynamisme de son délire, de son anosognosie et de son impulsivité, l'intéressé était susceptible de commettre à nouveau des actes punissables du même genre que ceux pour lesquels il avait été interné.

Quant à savoir si le prénommé tirait un avantage de sa prise en charge, les experts ont rapporté que dans le type de pathologie dont celui-ci souffrait, il était très difficile d'attendre une reconnaissance du trouble et que ce que l'on pourrait espérer serait que celui-ci envahisse moins le reste de son fonctionnement psychique et, par conséquent, son comportement et ses relations avec les autres. Ils ont estimé que pour cela la négociation en vue d'une augmentation du traitement antipsychotique paraissait nécessaire et que l'endroit le plus adéquat pour le cas de M._____ serait le cadre d'une unité psychiatrique ; cela pourrait permettre par la suite de passer à un traitement retard, eu égard aux problèmes de compliance de l'intéressé.

Enfin, les experts ont retenu qu'une libération conditionnelle mettrait l'expertisé face à la réalité qu'il fuyait à travers son délire et qu'eu égard principalement à la gravité à l'intensité de celui-ci, ainsi qu'au manque de tout repère et réseau à l'extérieur, la conséquence la plus probable qui pourrait en découler serait une décompensation psychotique aiguë avec passage à l'acte et possiblement une reprise de substances psychoactives dans un but anxiolytique. Ils ont donc conclu que l'état de M._____ restait très aigu pour envisager l'instauration d'une mesure thérapeutique institutionnelle - celle-ci pouvant l'être à distance des symptômes aigus et une fois le délire davantage isolé du reste du fonctionnement psychique, devenant ainsi moins envahissant pour

l'expertisé et permettant un travail à plus long terme, dans le but d'une réhabilitation, associée à une approche socio-thérapeutique.

e) Le 16 décembre 2014, le Ministère public central, se référant en particulier au rapport d'expertise psychiatrique du 27 novembre 2014, a préavisé négativement à la libération conditionnelle de l'internement de M._____.

f) Par courrier du 17 décembre 2014, le défenseur d'office de M._____ a requis la tenue d'une audience afin de pouvoir se déterminer à cette occasion sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique rendu le 27 novembre 2014.

Entendu pour la seconde fois le 10 février 2015 par la Présidente du Collège des juges d'application des peines, en présence de son défenseur, M._____ a déclaré que sa détention au secteur ouvert de la Colonie se passait bien, à l'instar de ses relations avec les co-détenus et avec le chef d'atelier, et qu'il n'avait jamais été sanctionné ni n'avait fait l'objet de remarques. Interrogé sur la question de savoir comment il avait vécu la mise en oeuvre de la nouvelle expertise psychiatrique, le prénommé a répondu : « *Cela s'est mal passé. Il m'a posé des questions. D'emblée, il m'a dit que je resterai encore davantage de temps en détention. On a ensuite parlé de mes enfants et cela s'est mal passé, il m'a parlé méchamment. Dès le départ, il m'a énervé. Je refuse cette expertise. Cela s'est passé ainsi dès la première rencontre [...]* ». Quant à ses attentes concernant son avenir, le condamné a indiqué souhaiter que son internement soit levé au profit de l'instauration d'une mesure thérapeutique institutionnelle pour avoir « *un peu de congés comme tout le monde* » et pouvoir aller de l'avant. Enfin, il s'est opposé à l'idée d'intégrer une unité psychiatrique, déclarant : « *Pourquoi irai-je là-bas? [...] Pour moi, je n'ai pas besoin de cette voie-là. Je ne suis pas un malade qui cherche des problèmes, je suis quelqu'un de calme. [...]. Je ne me vois pas dans un hôpital psychiatrique, pour moi c'est la catastrophe, cela deviendrait pire. Je n'ai pas besoin de cela, je suis bien où je suis. J'attends mon jugement comme tout le monde. [...]. Dès le départ c'était tout faux,*

je n'étais pas malade, je n'avais jamais vu un docteur avant de venir ici. J'avais une vie et des gosses. Je ne suis pas malade. [...] ».

Au terme de l'audience, la défense a conclu à ce que le tribunal compétent soit saisi en vue de prononcer une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP en lieu et place de l'internement.

g) Par décision du 19 mars 2015, le Collège des juges d'application des peines a refusé d'accorder à M. _____ la libération conditionnelle de l'internement ordonné le 11 décembre 2006 par le Tribunal d'accusation du canton de Vaud (I), a dit qu'il n'y avait pas lieu de saisir le Tribunal d'arrondissement de Lausanne en vue de la levée de l'internement au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle (II) et a laissé les frais de la cause, comprenant l'indemnité d'office allouée au défenseur de M. _____, par 2'019 fr. 50, à la charge de l'Etat (III).

D. Par acte du 27 mars 2015, M. _____, par l'entremise de son défenseur d'office, a recouru auprès de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant, avec suite de frais, principalement à sa réforme en ce sens que le Tribunal d'arrondissement de Lausanne soit saisi en vue de la levée d'internement au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision du 19 mars 2015, le dossier de la cause étant renvoyé au Collège des juges d'application des peines pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Il n'a pas été ordonné d'échanges d'écritures.

En droit :

1.

1.1 L'art. 26 al. 1 LEP (loi vaudoise sur l'exécution des condamnations pénales du 4 juillet 2006 ; RSV 340.01) dispose que sous réserve des compétences que le droit fédéral attribue expressément au juge qui connaît de la commission d'une nouvelle infraction, le juge d'application des peines prend toutes les décisions relatives à la libération conditionnelle et statue dès lors notamment (let. a) sur l'octroi ou le refus de la libération conditionnelle (art. 62d, 64b et 86 CP).

En vertu de l'art. 38 al. 1 LEP, les décisions rendues par le Juge d'application des peines et par le Collège des juges d'application des peines, ainsi que les décisions judiciaires indépendantes rendues postérieurement au jugement par le tribunal d'arrondissement et le président du tribunal d'arrondissement, peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la Chambre des recours pénale du Tribunal cantonal. Selon l'art. 38 al. 2 LEP, la procédure est régie par les dispositions prévues aux art. 393 ss CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 ; RS 312.0). Le recours doit être adressé par écrit, dans un délai de dix jours dès la notification de la décision attaquée (art. 384 let. b CPP), à l'autorité de recours (art. 396 al. 1 CPP).

1.2 En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente par le condamné, qui a qualité pour recourir (art. 382 al. 1 CPP), et dans les formes prescrites (art. 385 al. 1 CPP), de sorte qu'il est recevable.

2.

2.1 Le recourant ne s'oppose pas, à juste titre, au refus de la libération conditionnelle, mais conteste le refus du Collège des juges d'application des peines de saisir le Tribunal d'arrondissement de Lausanne en vue de la levée de l'internement (art. 64 CP) au profit d'une mesure institutionnelle thérapeutique (art. 59 CP), saisine dont il soutient que les conditions formelles seraient réalisées. Il fait notamment valoir son évolution très favorable constatée depuis son transfert dans le secteur ouvert des EPO, le fait qu'il suive et accepte sa médication – ce qui démontrerait selon lui une prise de conscience de sa maladie –, ainsi que

le fait que les experts ont mis en évidence la nécessité d'une augmentation du traitement médicamenteux dans un autre cadre que l'actuel, soit une unité médicale.

2.2

2.1.1 Aux termes de l'art. 64a al. 1, 1^{re} phr. CP, l'auteur est libéré conditionnellement de l'internement au sens de l'art. 64 al. 1 CP dès qu'il est à prévoir qu'il se conduira correctement en liberté. Selon l'art. 64b al. 1 CP, l'autorité compétente doit examiner, d'office ou sur demande, au moins une fois par an et pour la première fois après une période de deux ans, si l'auteur peut être libéré conditionnellement de l'internement et, si tel est le cas, quand il peut l'être (let. a). En outre, au moins une fois tous les deux ans et pour la première fois avant le début de l'internement, elle doit examiner si les conditions d'un traitement thérapeutique institutionnel sont réunies (art. 64b al. 1 let. b CP). Si tel est le cas, elle dépose une demande en vue de la transformation de la sanction auprès du juge compétent (cf. art. 65 al. 1 CP). En effet, seul le juge qui a prononcé la peine ou ordonné l'internement est compétent pour prononcer le changement ultérieur de la sanction, car celui-ci constitue une ingérence dans le jugement exécutoire.

En présence d'un trouble psychiatrique, l'internement constitue, conformément au principe de la proportionnalité consacré par l'art. 56 al. 2 CP, une mesure subsidiaire par rapport à une mesure institutionnelle prévue par l'art. 59 CP. En tant qu'*ultima ratio*, en raison de la gravité de l'atteinte à la liberté personnelle qu'il représente, l'internement n'entre ainsi pas en considération tant que la mesure institutionnelle apparaît utile. Ce n'est que lorsque cette dernière mesure semble dénuée de chances de succès que l'internement peut être maintenu, s'il est nécessaire. Cette démarche doit permettre d'éviter qu'un auteur soit déclaré a priori « incurable » et interné dans un établissement d'exécution des peines (ATF 134 IV 315 c. 3.2 et 3.3). Le seul fait que l'intéressé soit désireux et apte à suivre un traitement institutionnel ne suffit toutefois pas à éviter l'internement ou son maintien.

2.2.2 En application de l'art. 59 CP, lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement thérapeutique institutionnel dans le cas où l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble (let. a) et où il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble (let. b).

Outre l'existence d'un grave trouble mental en relation avec l'infraction commise, il faut examiner l'adéquation de la mesure. Comme l'énonce l'art. 59 al. 1 let. b CP, il faut qu'il soit à prévoir que cette mesure détournera l'auteur de nouvelles infractions. La mesure thérapeutique au sens de l'art. 59 CP vise avant tout « un impact thérapeutique dynamique », et donc une amélioration du pronostic légal, et non la « simple administration statique et conservatoire » des soins (ATF 137 IV 201 c. 1.3 ; ATF 134 IV 315 c. 3.6 ; TF 6B_205/2012 du 27 juillet 2012 c. 3.2.1). Selon la jurisprudence, il doit être suffisamment vraisemblable que le traitement entraînera, dans les cinq ans de sa durée normale, une réduction nette du risque que l'intéressé commette de nouvelles infractions. La seule possibilité vague d'une diminution du danger ne suffit pas (ATF 134 IV 315 ; TF 6B_205/2012 du 27 juillet 2012 c. 3.2.1 ; TF 6B_784/2010 du 2 décembre 2010 c. 2.1). Pour que la mesure puisse atteindre son but, il faut que l'auteur contribue un minimum au traitement. Il ne faut toutefois pas poser des exigences trop élevées à la disposition minimale de l'intéressé à coopérer à la mesure (cf. ATF 123 IV 113 c. 4c/dd concernant le placement en maison d'éducation au travail selon l'art. 100bis aCP ; Heer, in : Niggli/Wiprächtiger [éd.], Strafrecht I, Basler Kommentar, Bâle 2014, 2^e éd., n. 78 ad art. 59 CP). Il suffit que l'intéressé puisse être motivé (« motivierbar » ; TF 6B_784/2010 du 2 décembre 2010 c. 2.2.3).

2.2.3 Pour statuer sur la libération conditionnelle ou en vue du changement de sanction, l'autorité compétente s'entoure d'informations provenant de diverses sources : un rapport de la direction de l'établissement ; une expertise indépendante au sens de l'art. 56 al. 4 CP ; l'audition d'une commission au sens de l'art. 62d al. 2 CP, composée de

représentants des autorités de poursuite pénale, des autorités d'exécution et des milieux de la psychiatrie ; enfin, l'audition de l'auteur (art. 64b al. 2 CP).

L'expertise doit se déterminer sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement, la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions, la nature de celles-ci et les possibilités de faire exécuter la mesure (art. 56 al. 3 CP). Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement une expertise et n'est pas lié par les conclusions de l'expert (ATF 133 II 384 c. 4.2.3 ; ATF 129 I 49 c. 4 ; ATF 128 I 81 c. 2 ; TF 6B_205/2012 du 27 juillet 2012 c. 3.1).

2.3 En l'espèce, le Collège des juges d'application des peines a considéré qu'un éventuel changement de mesure n'était pas d'actualité en ce sens qu'une levée de l'internement au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle supposait que le risque de récidive présenté par le condamné puisse, à terme, être notablement et durablement réduit par le traitement psychiatrique mis en place, ce qui n'était à l'évidence toujours pas le cas pour M._____. Cette autorité a également relevé que le prénommé, anosognosique, n'envisageait absolument pas d'être transféré dans une unité spécialisée en soins psychiatriques, où l'on pourrait augmenter le traitement antipsychotique ou en instaurer un autre dans le but de diminuer les effets de son trouble sur son fonctionnement psychique (cf. décision attaquée, c. E).

A cet égard, il convient en premier lieu de constater que, même si les différents rapports des autorités pénitentiaires font état de l'évolution globalement positive de M._____ dans le nouveau cadre du régime d'exécution de sa sanction (exécution en secteur ouvert), notamment au travail et au cellulaire - étant également précisé que son comportement, depuis son arrivée à la Colonie le 2 mai 2013, a donné satisfaction et que le condamné a lui-même déclaré s'y sentir bien et apprécier tout particulièrement la confiance placée en lui -, il n'en demeure pas moins qu'un changement de mesure apparaît à l'évidence prématuré. En effet, il ressort notamment des différentes expertises

psychiatriques que le trouble dont souffre le recourant est persistant. Le rapport d'expertise rendu le 27 novembre 2014 a en particulier confirmé que la psychopathologie de M._____ demeurait très aiguë et a exclu qu'il puisse être envisagé à l'heure actuelle d'instaurer une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP. Les experts ont au contraire préconisé que le délire du prénommé soit d'abord isolé du reste de son fonctionnement psychique et qu'il devienne moins envahissant afin de permettre par la suite un travail à plus long terme, dans le but d'une réhabilitation associée à une approche socio-thérapeutique (cf. lettre C.d supra). Dans ce sens, la CIC a également relevé que le recourant s'avérait toujours incapable d'examiner sa violence et de réaliser la nature délirante des actes pour lesquels il avait été incarcéré, de sorte que la phase d'observation entreprise depuis l'élargissement de son régime d'exécution de la mesure devait être poursuivie pour que l'amélioration et la stabilisation observées puissent l'être encore sur le long terme. Elle a donc recommandé que la suite de l'exécution de la mesure soit rediscutée sous un angle pluridisciplinaire avant d'envisager tout nouvel aménagement (cf. lettre B.c supra). Le SMPP, quant à lui, a qualifié l'alliance thérapeutique de moyenne et a recommandé une augmentation du dosage du traitement médicamenteux pour une meilleure stabilisation de l'état de M._____, au motif celui-ci demeurait pour une large partie dans une non-reconnaissance de sa pathologie psychiatrique et que les limitations introspectives inhérentes à sa psychose ne permettaient pour le moment pas de véritable travail de remise en question (cf. lettre B.a supra).

Ainsi, force est d'admettre que le constat émis par les autorités pénitentiaires et les experts psychiatriques, selon lequel le recourant est toujours complètement anosognosique, est sans équivoque et empêche d'envisager tout changement de mesure au sens de l'art. 64b CP. Certes, on soulignera que l'intéressé a exprimé des regrets et de la sympathie pour ses victimes ; cette empathie est néanmoins aussi liée avec sa situation propre et le fait qu'il est incarcéré depuis de nombreuses années maintenant. Quoi qu'il en soit, M._____ persiste toujours à déclarer ses propos délirants véridiques et il n'arrive aucunement à les

mettre en doute (cf. rapport de la Direction des EPO du 5 février 2015, sous lettre B.b supra). Les déclarations qu'il a faites devant la Présidente du Collège des juges d'application des peines, de même que devant les experts psychiatriques, confirment à ce titre qu'il n'a pas réellement pris conscience de ses agissements, dans la mesure où d'une part il se considère encore aujourd'hui comme n'ayant jamais été malade et où d'autre part il avance que tout ce qui a été dit à son sujet depuis la commission de ses délits est faux (cf. notamment lettre C.f supra). D'ailleurs, on ne saurait déceler une quelconque prise de conscience de sa part dans le fait qu'il accepterait et qu'il suivrait assidûment le traitement médicamenteux prescrit ; les experts et les médecins du SMPP ont justement exposé que le prénommé peinait à percevoir la gravité de ses actes et qu'il ne reconnaissait pas sa maladie psychique, ni les effets bénéfiques de sa médication, ce même si par moments il avait pu avoir conscience de l'effet bénéfique du traitement pharmacologique *per os* qui lui était prodigué.

Compte tenu des éléments qui viennent d'être exposés, il faut considérer que le risque de récurrence que présente M. _____ est avéré : une frustration, une contrariété ou une confrontation avec la réalité suffisent, d'après les experts psychiatriques, pour que son délire revienne au premier plan et le rende irritable, colérique, projectif et incapable de réfléchir ou de se remettre en question, avec pour conséquences « une décompensation psychotique aiguë avec passage à l'acte et possiblement une reprise de substances psychoactives dans un but anxiolytique » (cf. expertise du 27 novembre 2014, p. 11). L'existence de ce risque est du reste établie non seulement par les différentes expertises psychiatriques (cf. expertise du 20 mai 2005, p. 12 ; complément d'expertise du 21 octobre 2005, pp. 1-2 ; expertise du 2 novembre 2009, pp. 10-11), mais découle également des rapports et préavis des autorités pénitentiaires relatives aux examens périodiques précédents de la mesure d'internement (cf., entre autres, rapport des EPO relatif à la libération conditionnelle du 27 décembre 2012, p. 5 ; bilan de phase 1 et proposition de la suite du plan d'exécution de la mesure du 27 août 2010, p. 8 ; bilan de phase 2 et proposition de la suite du plan d'exécution de la mesure du

3 octobre 2011, pp. 12-13) ; ces autorités se sont en l'occurrence prononcées jusqu'à ce jour en faveur de la poursuite de l'exécution de la mesure d'internement, estimant que le recourant devait encore parcourir un chemin important dans un environnement progressivement élargi et qu'il n'apparaissait pas encore prêt à retourner vivre dans la communauté avec la garantie de ne pas la mettre en danger (cf. proposition de l'OEP du 24 mars 2014, sous lettre C.a supra). Le fait que le recourant n'envisage absolument pas d'être transféré dans une unité spécialisée en soins psychiatriques, où l'on pourrait augmenter le traitement antipsychotique ou en instaurer un autre dans le but de diminuer les effets de son trouble sur son fonctionnement psychique, appuie encore la nécessité de ne pas modifier le cadre actuel de l'internement en ce sens qu'un changement d'article ou un transfert dans une structure type « Curabilis » ont été considérés par les experts comme des mesures dépourvues de sens clinique. Il n'est à ce titre pas contradictoire, comme le croit le recourant, que l'endroit le plus adéquat pour exécuter la mesure d'internement soit une unité psychiatrique, compte tenu de sa pathologie et des objectifs du traitement. Dans cette mesure, la proposition de traitement dans une unité psychiatrique n'est donc pas une proposition de mesure thérapeutique institutionnelle, mais une proposition informelle de traiter les symptômes actuels comme aigus de manière à rendre possible, par une resocialisation de longue durée – sans un changement de mesure toutefois –, une évolution favorable de l'état de M. _____ permettant d'envisager éventuellement ensuite une mesure thérapeutique institutionnelle.

En définitive, malgré la prise d'une médication et un suivi psychiatrique régulier auprès du SMPP, il est manifeste que le recourant ne peut évoluer que dans le cadre qui est actuellement le sien. Au vu sa pathologie et de la relative brève période depuis laquelle il a changé de régime, une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 CP n'est ainsi pas envisageable à ce jour, en ce sens qu'elle n'est pas de nature à diminuer le risque de récidive, bien présent. C'est donc à bon droit que le Collège des juges d'application des peines a refusé de saisir le

Tribunal d'arrondissement de Lausanne en vue de la levée de l'internement au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle.

3. Il résulte de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté sans autres échanges d'écritures (art. 390 al. 2 CPP) et la décision du 19 mars 2015 confirmée.

Les frais de la procédure de recours, constitués en l'espèce de l'émolument d'arrêt (art. 422 al. 1 CPP), par 1'980 fr. (art. 20 al. 1 TFIP [tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; RSV 312.03.1]), et des frais imputables à la défense d'office (art. 422 al. 1 et 2 let. a CPP), fixés à 540 fr., plus la TVA par 43 fr. 20, soit 583 fr. 20 au total, seront mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 428 al. 1 CPP).

Le remboursement à l'Etat de l'indemnité allouée au défenseur d'office de M._____ ne sera toutefois exigible que pour autant que la situation économique de ce dernier se soit améliorée (art. 135 al. 4 CPP).

Par ces motifs,
la Chambre des recours pénale
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 19 mars 2015 est confirmée.
- III.** L'indemnité allouée au défenseur d'office de M._____ est fixée à 583 fr. 20 (cinq cent huitante-trois francs et vingt centimes).
- IV.** Les frais d'arrêt, par 1'980 fr. (mille neuf cent huitante francs), ainsi que l'indemnité allouée au défenseur d'office du recourant pour la procédure de recours, par 583 fr. 20 (cinq cent huitante-trois francs et vingt centimes), sont mis à la charge de ce dernier.

V. Le remboursement à l'Etat de l'indemnité allouée au chiffre III ci-dessus ne sera exigible que pour autant que la situation économique de M._____ se soit améliorée.

VI. Le présent arrêt est exécutoire.

Le président :

La greffière :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à :

- M. Michel Dupuis, avocat (pour M._____),
- Ministère public central ;

et communiqué à :

- Mme la Présidente du Collège des juges d'application des peines,
- Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs ;
- Office d'exécution des peines (réf. : OEP/MES/47668/AV),
- Etablissements de la plaine de l'Orbe,
- Service de la population, division étrangers,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :