

BGer 6B_486/2019 vom 12. Juni 2019

Bundesgericht, 2019-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_6B_486_2019

FR: TF 6B_486/2019 du 12 juin 2019

IT: TF 6B_486/2019 del 12 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

Le recourant dénonce une violation des art. 63b al. 5 et 59 al. 1 CP.

E. 1.1

Lorsque le traitement ambulatoire est levé à la suite de son échec, le tribunal peut ordonner une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l' art. 59 CP (art. 63b al. 5 CP ; arrêt 6B_994/2016 du 7 novembre 2016 consid. 1.2.1) s'il est à prévoir que cette mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son état. Selon la jurisprudence, l' art. 63b al. 5 CP est également applicable à la levée d'un traitement ambulatoire exécuté en même temps que la peine privative de liberté (ATF 143 IV 445 consid. 2.2 p. 447).

Le prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle suppose que l'auteur souffre d'un grave trouble mental, qu'il ait commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble et qu'il soit à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble (art. 59 al. 1 CP). Le prononcé d'une mesure suppose que l'atteinte aux droits de la personnalité qui en résulte pour l'auteur ne soit pas disproportionnée au regard de la vraisemblance qu'il commette de nouvelles infractions et de leur gravité (art. 56 al. 2 CP).

E. 1.2

La jurisprudence autorise la conversion d'un traitement ambulatoire en une mesure thérapeutique institutionnelle après l'exécution complète de la peine privative de liberté (ATF 136 IV 156). Une telle conversion constitue toutefois une atteinte importante à la liberté personnelle de l'intéressé. Elle n'est dès lors autorisée qu'à titre exceptionnel et dans le strict respect du principe de la proportionnalité. Un tel cas exceptionnel est admis si l'intéressé, après l'échec de la thérapie, compromet de manière grave la sécurité publique et que le risque de récidive ne peut être réduit que par un traitement institutionnel de longue durée (ATF 136 IV 156 consid. 2.6 p. 160; arrêt 6B_994/2016 du 7 novembre 2016 consid. 1.2.2).

Par conséquent, la conversion d'un traitement ambulatoire en un traitement institutionnel après l'exécution de la peine suppose un risque de récidive supérieur à celui qui est exigé pour le prononcé initial d'un traitement institutionnel. Il faut que l'intéressé mette sérieusement en danger la sécurité publique après l'échec du traitement ambulatoire. Lors de l'examen du risque de récidive, il convient de tenir compte de la nature et de la gravité des actes commis et à prévoir, de l'imminence et de l'étendue du danger, ainsi que de la nature et de l'importance du bien juridique menacé (ATF 127 IV 1 consid. 2a p. 4 s.). Lors de la conversion d'une mesure ambulatoire en une mesure institutionnelle après l'exécution de la peine, il doit exister un danger sérieux de commission d'infractions graves; seule peut justifier ainsi une nouvelle privation de liberté une forte probabilité d'atteinte à des biens

juridiques de grande valeur (arrêt 6B_994/2016 du 7 novembre 2016 consid. 1.2.2; cf. aussi arrêts 6P.130/2005 et 6S.408/2005 du 23 janvier 2006 consid. 3.2, publié in Praxis 2006 n° 84 p. 596 ss).

E. 1.3

Lors de la modification ultérieure d'une mesure, il faut également tenir compte de l'art. 5 CEDH. D'après l'art. 5 CEDH, une sanction doit se fonder sur une condamnation prononcée par un tribunal. Sur le plan matériel, il est nécessaire en particulier qu'il existe un lien matériel entre la condamnation initiale et la privation de la liberté au sens de l'art. 5 al. 1 let. a CEDH. La jurisprudence relative à l'art. 5 CEDH place cet aspect au premier plan. La sanction ultérieure doit correspondre du point de vue matériel au but initial de la première condamnation. D'autres faits, qui ne revêtraient pas de " caractère symptomatique ", ne peuvent en principe pas donner lieu à de nouvelles mesures (ATF 136 IV 156 consid. 3.3 p. 162 s.; arrêts 6B_135/2012 du 18 avril 2012 consid. 1.3; 6B_68/2016 du 28 novembre 2016 consid. 2.6, non publié in ATF 143 IV 1). Selon les circonstances, le prononcé d'une mesure postérieure peut aussi se fonder sur l'art. 5 al. 1 let. e CEDH (arrêt 6B_68/2016 du 28 novembre 2016 consid. 2.6, non publié in ATF 143 IV 1).

E. 1.4

Le tribunal doit fonder sur une expertise sa décision relative à la conversion d'un traitement ambulatoire en un traitement institutionnel (art. 56 al. 3 CP ; ATF 134 IV 315 consid. 4.3.1.p. 326; arrêt 6B_994/2016 du 7 novembre 2016 consid. 1.2.3).

E. 2

Le recourant fait valoir que les conditions d'une mesure thérapeutique institutionnelle selon l'art. 59 CP ne sont pas réalisées.

E. 2.1

Il conteste d'abord l'appréciation de la cour cantonale concernant l'existence d'un risque de récidive, reprochant en particulier à celle-ci de s'être fondée sur les conclusions de l'expertise judiciaire.

E. 2.1.1

Une expertise judiciaire a été mise en oeuvre par le Juge d'application des peines le 23 février 2017. L'expert désigné, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre neuchâtelois de psychiatrie, le Dr Y. _____, a rendu un rapport le 3 juillet 2017, puis un rapport complémentaire le 18 septembre 2017, qu'il a confirmés lors de son audition aux débats du 12 février 2018.

Il a notamment exposé que X. _____ souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif avec traits antisociaux, accompagné d'un syndrome de dépendance à diverses substances, dont l'alcool et le cannabis. Ces dépendances paraissaient, selon l'expert, être un épiphénomène puisque le condamné était également passé à l'acte alors qu'il n'était sous l'influence d'aucune substance, mais demeuraient des facteurs de décompensation et de passage à l'acte.

L'expert a précisé que le trouble diagnostiqué avait une influence sur le comportement général de l'intéressé, vers un comportement imprévisible et impulsif. Ses apprentissages étaient authentiques mais restaient superficiels. Il évoluait de manière relativement favorable d'un point de vue comportemental, dans un environnement très protégé tel que le

milieu carcéral. Toutefois, faute d'une contenance externe, le risque de commettre de nouveaux actes délictueux était majeur.

L'expert a considéré que le risque de récidive était important (de modéré à élevé) pour des infractions du même ordre (violence, actes d'ordre sexuel avec violence, notamment), en se fondant sur les facteurs historiques (violence antérieure, premier acte jeune, instabilité dans les relations, problèmes d'emploi, toxicomanie, échec de la surveillance, inadaptation et troubles de la personnalité) et cliniques (introspection difficile, attitudes négatives et impulsivité, résistance au traitement). La récidive pouvait en outre être précipitée par des facteurs de stress environnemental, tels que le cadre de travail et/ou d'études ou par des relations affectives conflictuelles et chargées de violence, telles que déjà vécues. Il était important que le condamné ait une occupation mais que cette dernière ne représente pas une surcharge ou un stress le confrontant à un vécu d'insuffisance et d'échec.

L'expert a par ailleurs relevé que la reconnaissance des délits et de leurs conséquences dont faisait preuve l'expertisé était superficielle et plutôt intellectualisée, le discours de celui-ci étant principalement centré sur sa personne et les injustices qu'il avait vécues. Il semblait toutefois qu'il présentait une évolution lente dans ses comportements, qui devenaient moins oppositionnels, ainsi que dans sa perception de sa personne, moins installée dans la " toute-puissance ", cette évolution n'étant toutefois pas suffisante pour imaginer une gestion autonome du risque dans un cadre ambulatoire.

Dans son rapport complémentaire, l'expert a expliqué les éléments analysés pour l'évaluation de la récidive criminelle, en reprenant les facteurs cliniques relevés chez le condamné. Il en ressortait en particulier que les changements observés restaient encore insuffisants et, principalement, n'étaient pas assez consolidés. Les mesures à prendre étaient celles du maintien en thérapie et de l'élargissement progressif du cadre actuel, les deux ayant obtenu des résultats lents mais encourageants chez l'expertisé. L'expert soutenait ainsi que le condamné avait besoin d'un étayage bien identifié, stable, cadrant et sécurisant.

Aux débats, au sujet du risque de récidive, l'expert a notamment déclaré s'être fondé sur les items de la HCR-20 et qu'il n'avait pas de formation spécifique à ce sujet, tout en précisant s'être formé à côté de personnes ayant reçu cette formation, avoir effectué des expertises depuis vingt ans et utilisé la méthode HCR depuis une dizaine d'années.

E. 2.1.2

Le recourant soutient que la cour cantonale a écarté un certain nombre d'éléments nouveaux, qui auraient dû l'amener à s'écarter de l'expertise. C'est ainsi qu'elle n'aurait pas tenu compte des déclarations de son thérapeute, selon lesquelles il y aurait du progrès par rapport à son comportement et son impulsivité, de la nette amélioration de son comportement qui se traduirait par l'absence de sanction depuis une année - sauf une le 14 janvier 2019 - pour des actes de violence physiques et verbales, ainsi que des effets positifs qui seraient consécutifs à l'introduction d'une nouvelle molécule dans le traitement ambulatoire.

Les " éléments nouveaux " invoqués par le recourant ne conduisent pas à une nouvelle lecture des conclusions de l'expert sur le risque de récidive. Ainsi, un rapport émanant du propre médecin du recourant ne peut pas - compte tenu du lien thérapeutique et de confiance existant nécessairement entre les deux intéressés (cf. arrêts 6B_1099/2016 du 1

er septembre 2017 consid. 3.3.3; 6B_1101/2013 du 26 mai 2014 consid. 2.4 et les références citées) - reléguer au second plan les constatations de l'expert judiciaire. En outre, si des débordements aussi violents que ceux qui ont eu cours entre 2015 et 2017 ne se sont plus reproduits, il n'en demeure pas moins que le recourant s'en est pris à un compagnon de cellule le 14 janvier 2019; la décision de sanction montre à nouveau un comportement carcéral inacceptable. Enfin, l'introduction du nouveau médicament dans son traitement date d'avant cet épisode.

E. 2.1.3

Le recourant reproche à l'expert et à la cour cantonale d'avoir omis de tenir compte de la reconnaissance des faits et de sa volonté ferme de sortir de cette vie de délinquance, de sa volonté de poursuivre le traitement ambulatoire dont il était bénéficiaire, de sa volonté d'intégrer, à la sortie de prison, un établissement spécialisé, de l'excellente relation qu'il entretenait avec son père, lequel était disposé à apporter tout son soutien lors de sa sortie de prison, de ses projets professionnels de suivre une formation de métier dans le domaine de l'informatique.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert n'a pas ignoré la prise de conscience exprimée par le recourant, mais a cependant relevé qu'elle paraissait superficielle et plutôt intellectualisée, le discours de celui-ci étant principalement centré sur sa personne et les injustices qu'il avait vécues. Il a relevé une certaine tendance du recourant à attribuer une part de responsabilité à sa victime (l'expertisé tend à mettre ses victimes et leur souffrance au même niveau que la sienne).

L'expert a intégré dans ses réflexions et dans son rapport la volonté du recourant de suivre un traitement. Il a toutefois précisé que le recourant voyait cela uniquement comme une démarche volontaire dans laquelle lui seul marquait les conditions et le cadre, ce qui semblait montrer toute la fragilité de son engagement (rigidité et fragilité de son fonctionnement psychique). Le recourant entendrait ainsi fixer lui-même le cadre dont il estimait avoir besoin.

L'expert n'a pas méconnu les projets d'avenir et de réinsertion du condamné. Le recourant a notamment déclaré à l'expert ne pas être au clair par rapport à son avenir et savoir ce qu'il voulait faire, sans être sûr de pouvoir y parvenir.

Pour ce qui est encore du soutien que pourrait lui apporter son père, cet élément a aussi été examiné dans le cadre de l'expertise. Le recourant a besoin d'un cadre strict et celui-ci ne pourra manifestement pas lui être apporté par son père, même s'ils entretiennent de bonnes relations. En effet, le père est un homme âgé. En outre, il résulte du dossier que l'expérience de vie du recourant au domicile de son père à sa sortie de prison en 2011 s'était déroulée dans des conditions parfois difficiles et qu'il ne s'agissait pas d'un lieu stabilisant pour lui ou encore que le père représentait une personne-ressource mais qu'il appuyait sa toxicomanie et pouvait se montrer inadéquat dans le lien.

E. 2.1.4

En définitive, la cour cantonale n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise sur le risque de récidive. L'expertise et son complément sont détaillés, précis et complets. Tous les éléments pertinents ont été pris en compte. La cour cantonale n'a donc pas versé dans l'arbitraire en se ralliant aux conclusions de l'expertise et en retenant que le risque de récidive était important, pour des infractions graves portant atteinte à l'intégrité

sexuelle et physique.

E. 2.2

Le recourant conteste l'adéquation de la mesure thérapeutique institutionnelle. Il fait valoir que la cour cantonale aurait retenu de manière spéculative que la mesure thérapeutique institutionnelle entraînerait, dans les cinq ans de sa durée normale, une réduction nette du risque de récidive. Selon lui, la mesure ne serait instituée que dans un but conservatoire.

E. 2.2.1

Comme l'énonce l'art. 59 al. 1

er let. b CP, il faut qu' «il [soit] à prévoir que cette mesure détournera [l'auteur] de nouvelles infractions». Selon la jurisprudence, cette condition est réalisée lorsque, au moment de la décision, il est suffisamment vraisemblable qu'un traitement institutionnel entraînera, dans les cinq ans de sa durée normale, une réduction nette du risque de récidive (cf. ATF 140 IV 1 consid. 3.2.4 p. 9; 134 IV 315 consid. 3.4.1 p. 321 s.). La possibilité vague d'une diminution du risque ou l'espoir d'une diminution seulement minimale de ce risque ne sont en revanche pas suffisants (cf. ATF 141 IV 1 consid. 3.2.4 p. 8 s.; 134 IV 315 consid. 3.4.1 p. 321). Pour que la mesure puisse atteindre son but, il faut que l'auteur contribue un minimum au traitement. Il ne faut toutefois pas poser des exigences trop élevées à la disposition minimale de l'intéressé à coopérer à la mesure (cf. ATF 123 IV 113 consid. 4c/dd concernant le placement en maison d'éducation au travail selon l' art. 100bis a CP). Il suffit que l'intéressé puisse être motivé («motivierbar»; arrêts 6B_784/2010 du 2 décembre 2010, consid. 2.2.3; 6B_205/2012 du 27 juillet 2012 consid. 3.2.1).

E. 2.2.2

L'expert a déclaré que les mesures à prendre étaient celles du maintien en thérapie et de l'élargissement progressif du cadre actuel, les deux ayant obtenu des résultats lents mais encourageants chez l'expertisé. Il a soutenu que le condamné avait besoin d'un étayage bien identifié, stable, cadrant et sécurisant, semblant correspondre, à ses yeux, à celui d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l' art. 59 CP . Il a préconisé une première phase consistant en un passage dans un établissement fermé avant la mise en place de conduites puis d'un passage en milieu ouvert. Par ailleurs, une abstinence complète aux toxiques devait être visée dans un cadre plus ouvert. Aux débats, l'expert a en outre exposé que la mesure envisagée permettrait au recourant de poursuivre le traitement entrepris dans un milieu stable et structurant ayant conduit à l'évolution lente mais positive, de sorte que des résultats pouvaient être attendus, étant précisé qu'il existait une marge de progression par rapport au plan d'exécution de la sanction.

E. 2.2.3

Au vu de ces constatations, même si l'expert ne donne aucune indication de temps, c'est à juste titre que la cour cantonale a retenu que la mesure thérapeutique institutionnelle était apte à agir de manière nette sur le risque que le recourant commette de nouvelles infractions. Il s'ensuit que les conditions permettant de prononcer une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l' art. 59 CP sont réunies.

E. 3

Dès lors que le recourant a intégralement purgé ses peines privatives de liberté, le prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle en lieu et place d'un traitement ambulatoire - sur

la base de l' art. 63b al. 5 CP - ne peut intervenir, eu égard à l'atteinte importante à la liberté personnelle du recourant qu'il suppose, qu'à titre exceptionnel, dans le cadre d'une stricte application du principe de proportionnalité et conformément aux exigences que la jurisprudence a en particulier déduites de l' art. 5 CEDH (cf. consid. 1.2 et 1.3 ci-dessus).

E. 3.1

En l'espèce, le risque de récidive est qualifié de majeur, respectivement d'important, pour des actes de violence et des actes d'ordre sexuel commis avec violence. L'intégrité physique et l'intégrité sexuelle constituent des biens juridiques de grande valeur et les infractions en cause font partie des infractions graves. On peut donc admettre sans violer le droit fédéral une grave mise en danger de la sécurité publique.

E. 3.2

En outre, pour retenir une situation exceptionnelle, il faut que la grave mise en danger de la sécurité publique ne puisse être réduite que par un traitement institutionnel de longue durée (cf. ci-dessus consid. 1.2). En d'autres termes, après l'échec ambulatoire, seule une mesure institutionnelle doit pouvoir améliorer le pronostic défavorable. Pour l'expert, le recourant devait continuer à bénéficier d'une prise en charge spécialisée (psychothérapeutique et éducative) au long cours, lui fournissant un étayage bien identifié, stable, cadrant et sécurisant, une ouverture progressive du cadre pouvant être envisagée dans ce contexte, dite ouverture devant en outre être préparée et effectuée de manière progressive. Seule une mesure thérapeutique institutionnelle répond à ces critères et est donc apte à long terme, à assurer la protection de la société et l'intérêt du recourant à gérer son trouble et à ne pas récidiver.

E. 3.3

Enfin, il existe un lien de causalité suffisant entre la condamnation initiale et la mesure litigieuse (art. 5 CEDH). Le prononcé du traitement institutionnel correspond, d'un point de vue matériel, au but initial de la condamnation du 7 février 2014, qui comprenait le maintien d'un traitement ambulatoire. En 2014, l'expert psychiatre avait déjà préconisé une prise en charge résidentielle à la sortie de prison du recourant afin qu'il dispose d'un cadre structurant que son entourage n'était pas en mesure de lui proposer. Les motifs justifiant la mesure institutionnelle ne sont donc pas apparus lors de l'exécution de la peine privative de liberté, mais existaient déjà au moment de la commission des infractions et du jugement initial.

E. 4

Le recourant fait valoir que les conditions de l' art. 59 al. 3 CP ne sont pas réalisées.

La cour cantonale a déclaré ce grief irrecevable, au motif que celui-ci était dirigé contre un préavis du jugement du fond à l'autorité d'exécution des peines qui figurait dans les motifs et non dans le dispositif du jugement et qui n'avait en outre pas de valeur contraignante. Conformément à l'exigence d'épuisement des instances cantonales (art. 80 al. 1 LTF), le recourant ne pouvait soulever que des griefs relatifs à la question de l'irrecevabilité. Dans la mesure où il conteste la réalisation des conditions de l' art. 59 al. 3 CP , son grief est irrecevable. Au demeurant, ce grief n'est nullement motivé (cf. art. 42 al. 2 LTF).

E. 5

Le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

Comme ses conclusions étaient vouées à l'échec, l'assistance judiciaire ne peut être accordée (art. 64 al. 1 LTF). Le recourant devra donc supporter les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF), dont le montant sera toutefois fixé en tenant compte de sa situation financière.

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