

# **BGer 6S.432/2005 vom 2. Februar 2006**

Bundesgericht, 2006-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_6S.432\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_6S.432_2005)

FR: TF 6S.432/2005 du 2 février 2006

IT: TF 6S.432/2005 del 2 febbraio 2006

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le recourant estime que les conditions de l'internement ne sont pas réalisées.

#### **E. 1.1**

Selon l' art. 43 ch. 1 al. 1 CP , lorsque l'état mental d'un délinquant ayant commis, en rapport avec cet état, un acte punissable de réclusion ou d'emprisonnement en vertu du présent code, exige un traitement médical ou des soins spéciaux, à l'effet d'éliminer ou d'atténuer le danger de voir le délinquant commettre d'autres actes punissables, le juge pourra ordonner le renvoi dans un hôpital ou un hospice. Il pourra ordonner un traitement ambulatoire si le délinquant n'est pas dangereux pour autrui.

L' art. 43 ch. 1 al. 2 CP prévoit que si, en raison de son état mental, le délinquant compromet gravement la sécurité publique et si cette mesure est nécessaire pour prévenir la mise en danger d'autrui, le juge ordonnera l'internement. Celui-ci sera exécuté dans un établissement approprié, qui ne doit pas forcément être dirigé par un médecin, mais qui peut aussi être un établissement pénitentiaire ( ATF 125 IV 118 consid. 5b/bb p. 121). Le juge rendra son jugement au vu d'une expertise sur l'état physique et mental du délinquant, ainsi que sur la nécessité d'un internement, d'un traitement ou de soins ( art. 43 ch. 1 al. 3 CP ).

#### **E. 1.1.1**

L'internement au sens de cette disposition concerne, d'une part, les auteurs particulièrement dangereux qui ne sont accessibles à aucun traitement et, d'autre part, ceux qui nécessitent un traitement et sont aptes à être traités mais dont on peut craindre qu'ils ne commettent de graves infractions également pendant un traitement ambulatoire ou alors qu'ils sont soignés dans un hôpital ou un hospice au sens de l' art. 43 ch. 1 al. 1 CP . Il s'agit, dans cette seconde hypothèse, de délinquants qui, en dépit d'un traitement ou de soins, risquent sérieusement de commettre des infractions graves, surtout des infractions de violence, que ce soit dans l'établissement hospitalier ou en dehors de celui-ci. Les chances de guérison de cette catégorie de délinquants sont incertaines à moyen et à court terme, de sorte que de graves délits sont à craindre pendant le traitement ( ATF 127 IV 1 consid. 2a p. 4).

Pour déterminer si le délinquant compromet gravement la sécurité publique selon l' art. 43 ch. 1 al. 2 CP , il faut d'abord évaluer la dangerosité de son état mental. L'état mental du délinquant doit être si gravement atteint qu'il est fortement à craindre qu'il commette de nouvelles infractions. Lors de l'examen du risque de récurrence, il convient de tenir compte de l'imminence et de la gravité du danger, mais aussi de la nature et de l'importance du bien juridique menacé. Lorsque des biens juridiques importants, tels que la vie ou l'intégrité corporelle, sont mis en péril, il faut se montrer moins exigeant quant à l'imminence et à la gravité du danger que lorsque des biens de moindre valeur, tels que la propriété ou le patrimoine, sont menacés. Il y a lieu de considérer qu'un délinquant compromet la sécurité

publique même s'il représente un danger pour un cercle restreint de personnes ( ATF 127 IV 1 consid. 2a et 2c/ee p. 5 et 9). A cet égard, il convient de ne pas perdre de vue qu'il est par définition aléatoire et difficile d'évaluer le degré de dangerosité d'un individu. Lorsque, sur la base d'une expertise psychiatrique, le juge acquiert la conviction que le délinquant, même s'il est traité médicalement, pourra présenter un danger pour autrui dans le futur, il doit admettre que la dangerosité de celui-ci justifie son internement. S'agissant de la décision sur le pronostic, le principe "in dubio pro reo" n'est pas applicable ( ATF 127 IV 1 consid. 2a p. 4 s.).

Outre la dangerosité du délinquant pour la sécurité publique, l' art. 43 ch. 1 al. 2 CP exige que l'internement soit nécessaire pour prévenir la mise en danger d'autrui. L'internement est donc une mesure subsidiaire, en particulier par rapport à la mesure curative de l' art. 43 ch. 1 al. 1 CP . Il n'entrera en ligne de compte que si le placement dans un établissement offrant peu de mesure de sécurité, tel qu'un hôpital ou un hospice, ne présente pas de garantie suffisante pour empêcher le délinquant de commettre des infractions, surtout des délits impliquant le recours à la violence ( ATF 123 IV 1 consid. 4c p. 8; 121 IV 297 consid. 2b p. 301). Au vu de la gravité de l'atteinte à la liberté personnelle que constitue l'internement, cette mesure ne doit être ordonnée qu'à titre d'ultima ratio lorsque la dangerosité existante ne peut être écartée autrement ( ATF 127 IV 1 consid. 2a p. 4 s.).

### **E. 1.1.2**

Déterminer si le délinquant compromet la sécurité publique et si la mesure d'internement est nécessaire pour prévenir la mise en danger d'autrui est une question de droit, qui est de la seule compétence du juge ( ATF 127 IV 1 consid. 2a p. 5). Pour résoudre ces questions, le juge devra se fonder sur une expertise qui se prononce tant sur l'état physique et mental du délinquant que sur la nécessité d'un internement, d'un traitement ou de soins (art. 43 ch. 1 al. 3 et 13 al. 2 CP). Il ne peut s'écarter, sur ces questions de fait, des conclusions de l'expertise que, pour des motifs sérieux, notamment s'il existe une contradiction interne à l'expertise ou une contradiction entre les faits établis dans le cadre de la procédure et ceux retenus dans l'expertise ( ATF 118 Ia 144 consid. 1c p. 145 ss; 101 IV 129 consid. 3a p. 130).

### **E. 1.2**

Concernant l'état de santé du recourant, il ressort du rapport d'expertise du 17 février 2004, que l'intéressé présente un fonctionnement borderline grave, très proche de la psychose. Il souffre d'un trouble psychiatrique sévère sous la forme d'un trouble délirant persistant de type persécutoire. Au regard de ces éléments, il n'est pas contestable, ni d'ailleurs contesté, que le recourant souffre d'une anomalie mentale au sens de l' art. 43 CP et que celle-ci est en relation de causalité avec les infractions qui lui sont reprochées.

### **E. 1.3**

Concernant les risques de récidive, les experts ont relevé, dans leur rapport du 17 février 2004, que la dangerosité d'un passage à l'acte hétéro voire auto-agressif était des plus importante si le recourant n'avait pas la possibilité de retrouver un espace psychique propre, et par là d'atténuer un tant soit peu la conviction qu'il développait quant à un complot nuisant à son image et mettant sa vie en danger. Ils ont précisé que la personne qui semblait être la plus menacée par un tel dénouement était sa soeur, Y. \_\_\_\_\_, figure emblématique de l'indifférence, de l'agressivité et de la violence des femmes à son égard. Le recourant s'en était d'ailleurs déjà pris à sa soeur de façon violente en 1989. Les médecins ont ajouté que le risque de récidive était d'autant plus probable que l'autorité morale sur

laquelle il avait pu en son temps s'appuyer, à savoir son père, avait disparu et que l'autorité de substitution qu'était la justice, garante de moralité, d'équité et d'impartialité, était aujourd'hui intégrée dans son délire. Au regard de ces constatations de fait, le risque de récidive est indéniable et le bien juridique menacé important, le recourant ayant mis en danger la vie de sa soeur.

#### **E. 1.4**

Concernant les mesures à prendre, les médecins, dans leur premier rapport du 17 février 2004, ont mentionné qu'il n'était pas nécessaire d'interner ou d'hospitaliser le recourant. Ils ont préconisé, au vu de la prégnance du délire de persécution et du peu de conscience de l'expertisé d'être malade, un traitement ambulatoire imposé associant une psychothérapie et une médication psychotrope. Ils ont estimé que l'exécution d'une peine privative de liberté pourrait éventuellement renforcer la perception du caractère illicite des actes reprochés au recourant et, par là, influencer favorablement sa capacité à se déterminer par rapport à d'éventuelles intentions similaires dans le futur. Dans leur rapport complémentaire du 6 mai 2004, les experts ont confirmé qu'un traitement ambulatoire associant une médication psychotrope et une psychothérapie était indispensable. Ils ont ajouté que pour évaluer l'acceptation et l'efficacité du traitement psychopharmacologique, celui-ci devrait être initié dans un milieu sécurisé avant d'envisager un suivi ambulatoire, que ceci pourrait se faire en prison durant le peine de l'expertisé ou, à défaut, dans un hôpital connaissant cependant les limites des institutions de soins pour maintenir une personne au sein de celle-ci à l'encontre de sa volonté. Entendu à l'audience de jugement, un des deux experts a relevé que le traitement ambulatoire devait être imposé et qu'une période de deux ans était nécessaire pour se rendre compte si le traitement médicamenteux avait le succès escompté. Tout en suggérant que ce traitement ambulatoire soit effectué en milieu fermé, par exemple dans un hôpital de jour, l'expert a estimé qu'il serait très imprudent de remettre l'intéressé en liberté sans traitement, ce d'autant plus qu'il ne reconnaissait pas sa maladie. L'expert a cependant répété que, pour lui, il n'existait pas d'indication pour un internement, tout en étant incapable de donner une solution au cas où l'expertisé ne donnerait pas suite au traitement ambulatoire imposé. Il a ajouté qu'une période probatoire de deux ans était de toute manière indispensable pour observer les effets du traitement mis en place. Dans un rapport complémentaire du 9 mai 2005 et sur une question précise posée par la cour cantonale, les experts ont admis que si la période d'emprisonnement résiduelle que le recourant devait effectuer était insuffisante et que s'il n'existait aucun autre milieu sécurisé pour mettre en place le traitement prescrit, seul un internement pourrait alors être à même d'une part, de mettre en place un traitement adapté à la situation de l'expertisé et d'autre part, de prévenir une récidive.

##### **E. 1.4.1**

La Cour de cassation a exposé ces avis, qui préconisent un traitement ambulatoire imposé avec une période probatoire de deux ans, mais a jugé que l'internement se justifiait puisque le solde de la peine à effectuer, compte tenu de la détention préventive déjà subie, n'était pas suffisant pour permettre au recourant de suivre un traitement en milieu sécurisé durant la période probatoire de deux ans jugée indispensable par les médecins.

##### **E. 1.4.2**

Dans le cas particulier, le recourant est, d'avis d'experts, accessible à un traitement médical et ses perspectives de guérison sont à court et moyen terme relativement bonnes, le

psychiatre, entendu lors des débats, ayant relevé qu'une période de deux ans était nécessaire pour savoir si le traitement était efficace et que le risque d'échec représentait statistiquement un tiers des patients. Cependant, compte tenu du risque de récidive présenté par le recourant et l'avis clair des spécialistes, qui préconisent un traitement en milieu sécurisé, un traitement médical ambulatoire serait insuffisant, l'expertisé n'ayant au demeurant pas reconnu sa maladie. L'exécution de la peine assortie d'un traitement médical ne suffirait pas non plus pour prévenir le danger, puisque, comme le soutient la Cour de cassation, la période d'emprisonnement est inférieure à la durée probatoire du traitement fixée par les experts, le recourant ayant déjà effectué quatre cent vingt-sept jours de détention préventive sur la peine infligée de deux ans.

Il reste que la Cour de cassation n'a pas examiné si le traitement préconisé pouvait être exécuté dans un hôpital ou un hospice, l'internement étant subsidiaire à cette mesure (cf. supra consid. 1.1.1 in fine). Elle n'a pas analysé s'il existait des sections sécurisées dans certains hôpitaux psychiatriques ou d'autres mesures mises en place par ces établissements, qui suffiraient à contenir le danger présenté par le recourant. Dans ce sens, les experts ont pourtant mentionné, dans leur rapport du 9 mai 2005, qu'il proposait un traitement pharmacologique imposé qui puisse débiter le plus rapidement possible durant la détention préventive et continuer durant la peine privative de liberté en s'appuyant sur le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires afin que le recourant puisse bénéficier d'une prise en charge spécialisée en milieu sécurisé et qu'à la fin de la peine une évaluation complète de la situation devrait être effectuée pour déterminer si l'expertisé pourrait alors intégrer un hôpital de jour avec un programme réhabilitatif socioprofessionnel, ce qui aurait répondu, ne serait-ce que partiellement, à une des principales demandes de l'intéressé. Ils ont aussi expliqué qu'un internement ne pouvait être envisagé que si la période d'emprisonnement résiduelle du recourant était insuffisante et s'il n'existait pas d'autre milieu sécurisé pour mettre en place le traitement prescrit. Finalement, il convient également de relever que le juge conserve toujours la possibilité d'ordonner une autre mesure de sûreté et, si les conditions en sont remplies, d'interner l'intéressé, lorsqu'il est mis fin à un traitement en établissement faute de résultat ou si celui-ci est inutile (cf. art. 43 ch. 3 CP).

### **E. 1.5**

En conclusion, les juges cantonaux n'ont pas examiné si d'autres mesures étaient envisageables et si l'internement constituait réellement la seule solution pour éviter le risque de récidive présenté par le recourant. La motivation attaquée ne suffit donc pas pour justifier un internement, qui constitue la mesure la plus grave prévue par le code pénal. Le pourvoi est dès lors admis, l'arrêt attaqué annulé et la cause renvoyée à l'autorité cantonale pour nouveau jugement.

### **E. 2**

Vu l'issue du recours, il ne sera pas perçu de frais ( art. 278 al. 2 PPF ) et une indemnité de dépens sera allouée au recourant pour la procédure devant le Tribunal fédéral ( art. 278 al. 3 PPF ). La requête d'assistance judiciaire devient ainsi sans objet.