



11.05.2011

Traitement psychologique des détenus sexuels

Question parlementaire avec débat no. 19 du 18 février 2011 de l'honorable député Jean Colombera mercredi, 11 mai 2011

En guise d'introduction, il y a d'abord lieu de situer le débat par rapport au nombre des délinquant sexuels : au 9 mai 2011, sur une population carcérale totale de 667 détenus (CPL : 599 / CPG : 68), **43 personnes** étaient incarcérées au CPL (37 détenus) et au CPG (6 détenus) pour avoir commis une infraction de ce genre, dont trois quarts sont – actuellement comme en règle générale – des délinquants condamnés.

Sur les 43 dossiers ouverts par le SMPP (Service de Médecine Psychiatrique Pénitentiaire), les pathologies significatives suivantes ont été relevées, selon les standards du ICD-10 (« *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision* ») ou du DSM-4 (« *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Revision* ») :

- handicap mental : 2 (F70-79, « *Intelligenzminderung und grenzwertige Intelligenz* »)
- psychose : 1 (F20-29, schizophrénie)
- troubles de la personnalité graves : 9 (F-6, „*andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit*“).

Ces données psychopathologiques se basent sur le diagnostic psychiatrique et/ou expertal.

Les questions en elles-mêmes appellent les observations suivantes :

1) Ne faudrait-il pas garantir des conditions de traitement psychologique optimal à des personnes à psychisme *borderline* ayant commis des délits sexuels ?

Il y a à noter que la question, telle que posée, comporte un certain amalgame : le syndrome dit « *borderline* » (humeurs changeantes, relations humaines délicates et difficiles, manque de confiance en soi-même, comportements auto-agressifs, etc.) n'est qu'une variante des troubles de la personnalité ; certaines personnes atteintes du syndrome « *borderline* » peuvent en effet commettre des délits sexuels, mais les délits sexuels ne sont pas tous commis par des personnes souffrant de ce syndrome.

Si la prise en charge médicale des délinquants sexuels est bien sûr constamment perfectible, toujours est-il que ces délinquants font d'ores et déjà l'objet d'un suivi par le SMPP et bénéficient d'un traitement personnalisé dans le cadre de l'exécution des peines, sur base du plan de guidance ordonné par le Délégué du Procureur Général d'Etat ; les risques de récidive sont bien entendu un des éléments de ce traitement.

Le traitement des délinquants sexuels fait par ailleurs partie des missions du CHNP sur base de la Convention conclue relative au traitement médical des prisonniers.

Quoi qu'il en soit, les éléments les plus importants dont il faut tenir compte dans ce débat sont les suivants :

- 1) le traitement suppose le consentement du délinquant, ce qui est loin d'être toujours le cas, malgré tous les efforts du SMPP pour convaincre les délinquants à suivre un traitement ;
- 2) le secret médical, aussi important et utile qu'il soit, fait que les Prisons ne disposent pas de statistiques complètes à ce sujet ;
- 3) les prisonniers disposent du libre choix du médecin, ce qui fait que les Prisons ne sont pas nécessairement au courant de tous les traitements.

2) Quelles sont les possibilités d'isolement de ces personnes des autres détenus qui risquent de les considérer comme proie facile et de commettre des mesures de représailles contre ces personnes favorisant ainsi une détérioration de l'état psychique ?

Il n'est précisément pas procédé à l'isolement des délinquants sexuels, ce qui serait d'ailleurs contraire aux Règles Pénitentiaires Européennes, ce que tant le Médiateur que le CPT (Comité de Prévention de la Torture du Conseil de l'Europe) ne manquent pas de rappeler.

Il n'existe pas d'unité consacrée *spécialement* à ce genre de détenus, parce que cela reviendrait à les stigmatiser, ce qui serait en tout état de cause nuisible à leur état psychique. Les délinquants sexuels sont hébergés dans les diverses unités du CPL en fonction de leur problématique spécifique. Ainsi le patient souffrant d'une affection psychotique se trouve dans l'unité psychiatrique, les patients avec un handicap mental dans l'unité socio-thérapeutique, de même que les patients multi-carencés, tandis que les patients ayants des troubles apparents de la personnalité se trouve hébergés au bloc A dans l'unité de protection et les patients avec un profil névrotique nécessitant néanmoins une protection se trouvent dans l'unité C.

3) Quelle formation est dispensée aux gardiens pour traiter ces détenus de façon à ne pas les humilier davantage?

La formulation de la question (... humilier *davantage*) pourrait faire croire que l'honorable député part de l'hypothèse que les délinquants sexuels sont de toute façon déjà humiliés

par les gardiens en Prison, ce qui serait bien entendu une affirmation gratuite à contester énergiquement.

Les gardiens reçoivent de façon générale une formation visant à assurer que le détenus sont traités avec le respect et la dignité requise. La question de la formation des gardiens – ou agents pénitentiaires suivant la nouvelle terminologie – est bien entendu un des aspects importants de la réforme pénitentiaire en cours, dont le cadre de laquelle l'aspect particulier sous examen sera considéré.

Les délinquants sexuels sont par ailleurs surveillés par des gardiens choisis en raison de leurs compétences particulières et/ou expérience acquise par rapport à ces délinquants.

4) A qui revient la responsabilité juridique en cas de non prise en charge de façon adéquate de ces personnes et en cas de récidive?

En matière médicale, il existe une obligation de moyens à charge des médecins traitants et la charge de la preuve revient au plaignant qui doit prouver qu'il y ait eu négligence, faute, omission etc. dans le chef du médecin traitant.

En ce qui concerne l'Etat, la loi modifiée du 1^{er} septembre 1988 relative à la responsabilité civile de l'Etat et des collectivités publiques – tout comme les articles 1382 et 1383 du Code civil – prévoit également une obligation de moyens à charge de l'Etat, et non pas une obligation de résultat. Ici aussi, il ne suffit pas qu'un détenu ait récidivé après un traitement afin que la responsabilité de l'Etat puisse être engagée, mais le demandeur doit le cas échéant établir son dommage, prouver qu'il y ait eu faute ou dysfonctionnement d'un service étatique, ainsi que le lien de causalité entre ces deux éléments.

Il n'y a donc pas de réponse unique à cette question, mais chaque cas est différent et requiert une analyse détaillée du cas d'espèce.

L'envergure de l'ouvrage consacré par M. Georges RAVARANI à la question de la responsabilité des autorités publiques témoigne d'ailleurs de la complexité de cette question de la responsabilité de l'Etat.

5) Pourquoi n'y a-t-il pas d'évaluation régulière de ces détenus concernant leur état psycholabile ?

La question est de savoir ce que l'honorable député entend par « évaluation régulière ».

Il y a lieu de rappeler les observations faites par rapport à la question 1) : Ces détenus font l'objet d'une évaluation dès leur entrée en Prison et font ensuite l'objet d'un suivi particulier.

6) Sur quelle base peut-on certifier qu'après purge de leur peine les détenus sont capables à s'intégrer dans la société et ne plus récidiver ?

L'on ne peut pas certifier, même avec le meilleur traitement du monde, qu'un délinquant sexuel ne récidive pas, le « risque zéro » n'existant pas en cette matière. Des études menées à l'étranger (p.ex. Schmucker & Lösel, 2010) ont montré que les délinquants sexuels ayant suivi un traitement approprié récidivent en 9% des cas, tandis que des délinquants sexuels non traités particulièrement récidivent dans 12 % des cas.

Les résultats obtenus par le PPD (Psychiatrisch-psychologischer Dienst) du canton de Zurich, plus amplement décrit dans la réponse à la question parlementaire no. 914 de l'honorable député du 22 septembre 2010), sont d'ailleurs tout à fait comparables à ce sujet.

Force est encore de relever que les conditions du traitement médical des délinquants sexuels sont très souvent limitées par le fait :

- que très peu de psychologues et psychiatres sont disposés à traiter ces patients, et
- que le nombre de psychologues et psychiatres disposant de la formation spéciale appropriée est encore plus réduit.

C'est précisément parce qu'il a été constaté que certains délinquants sexuels ne peuvent tout simplement pas être guéris – sauf peut-être par la castration chimique, et même là, les experts ne sont pas unanimes – que certains pays prennent recours à la rétention de sûreté (« *Sicherungsverwahrung* ») des délinquants sexuels, c.à d. que, même avoir purgé leur peine, certains délinquant sexuels sont gardés à titre préventif dans une structure fermée alors qu'il a été constaté que, même ayant suivi un traitement, ils présentent un risque de récidive très prononcé.

La question fait également l'objet de vifs débats à l'étranger, notamment en Allemagne où l'arrêt de la Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe du 4 mai dernier a relancé le débat sur les conditions de la « *Sicherungsverwahrung* » en Allemagne.

Au Luxembourg, le sujet fait l'objet du projet de loi no. 6047 relatif à la prévention de la récidive chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel et le concept relatif à la prévention de la récidive chez ces personnes, annexé au projet de loi, témoigne par ailleurs de la complexité de la question,

Au vu des critiques émises, notamment par le Conseil d'Etat et la Commission Consultative des Droits de l'Homme, des réflexions sont actuellement en cours en vue de l'amendement de ce projet de loi, dans le sens que :

- l'injonction de soins *pendant* l'exécution de la peine serait en tout état de cause maintenue ;

- la rétention de sûreté *après* la purge de la peine serait supprimée et remplacée par une injonction de soins, dont le non respect ferait l'objet d'une infraction pénale nouvelle et autonome ;
- le délinquant sexuel pourrait faire l'objet, après la purge de sa peine, d'une mesure de surveillance électronique moyennant un « bracelet électronique GPS », permettant de suivre et de retracer chaque mouvement de la personne.

Il est actuellement envisagé d'amender le projet de loi 6047 en ce sens, suivant le résultat de ces réflexions, dans le cadre des projets de lois qui seront présentés en été de cette année-ci en vue de la réforme pénitentiaire.

A noter finalement que les autorités pénitentiaires sont en train de préparer une conférence sur le sujet, ce qui constituerait certainement un apport à cette discussion délicate et difficile.
