2.2.

NPP

Dr DENIS PAUCHARD
SPÉCIALISTE FMH
PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

BOULEVARD DE PÉROLLES 14
1700 FRIBOURG
TÉL. 026 / 323 15 55

13018

Fribourg, le 30 juin 1998

Monsieur
Jacques Rayroud
Juge d'instruction
du 4ème ressort
Case postale 156
1702 Fribourg

Concerne: expertise psychiatrique de Monsieur Giuseppe CILIBERTO, né le 5.1.69.

Monsieur le Juge d'instruction,

En date du 14.4.1998, vous m'avez confié le mandat d'expertise psychiatrique en responsabilité pénale concernant Monsieur Giuseppe CILIBERTO, né le 5.1.69 à Sulmona (Italie), originaire de Villars-sur-Glâne, fils de Umberto et de Rosaria Maria née Rossi, employé de commerce, célibataire, domicilié à 1700 Fribourg, Avenue Jean-Marie Musy 10, prévenu de "meurtre et d'infractions à la loi fédérale sur les stupéfiants".

Vous m'avez demandé un rapport médical détaillé avec réponses notamment aux questions suivantes :

"1. Le prévenu est-il atteint de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'une grave altération de la conscience, d'un trouble dans sa santé mentale ou dans sa conscience ?

Si oui, de quoi est-il atteint ?

Son développement mental est-il complet ?

2. Lorsqu'il a commis les actes qui lui sont reprochés, possédait-il entièrement, partiellement ou pas du tout la faculté d'apprécier le caractère illicite de ses actes et de se déterminer d'après cette appréciation ?

3. Si la responsabilité de Giuseppe CILIBERTO est restreinte, pouvez-vous dire dans quelle mesure ?

4. L'état de Giuseppe CILIBERTO exige-t-il un traitement ou une hospitalisation ?

5. Giuseppe CILIBERTO présente-t-il un risque de récidive ?

Dans l'affirmative, quel traitement pourrait être envisagé ?

6. Veuillez formuler toutes autres observations qui vous paraîtront utiles."

J'ai l'honneur de vous remettre ce jour mon rapport d'expertise, rapport qui se base d'une part sur l'analyse des documents contenus dans votre dossier pénal, dossier que vous avez bien voulu mettre à ma disposition, qui se base d'autre part et surtout sur les examens et les observations faits lors de quatre entretiens en tête-à-tête avec l'exploré, dans un bureau de la Prison centrale où il est actuellement détenu, en date des 30.4, 9.5, 23.5 et 8.6.98. La durée totale des entretiens en tête-à-tête avec l'exploré est de cinq heures et demie. L'exploré a aussi délié de leur secret professionnel à mon égard les directions médicales de l'Hôpital psychiatrique de Marsens, du Centre Psycho-Social de Fribourg et de l'Office Cantonal de l'Assurance-Invalidité à Fribourg, institutions qui possédaient un dossier médical concernant Monsieur Ciliberto. Soit au moyen d'un contact téléphonique, soit par consultation directe des dossiers, j'ai donc également pu recourir à cette source d'informations. Pour la bonne forme, l'exploré m'a délié du secret professionnel pour l'établissement du présent rapport.

<u>Antécédents et délits</u>

L'exploré est le deuxième enfant d'une fratrie de deux, issu d'un milieu parental décrit comme dysharmonique, en mésentente chronique, marqué par un divorce parental en 1994 après vingt-huit ans de mariage. Mère: décédée en mai 1995, à l'âge de cinquante-quatre ans, d'un cancer foudroyant; originaire d'une ville des Abruzzes, où l'exploré est né, il s'agissait d'une "trop gentille maman", très consciencieuse, ayant eu une vie très difficile, comme ménagère et ouvrière d'usine; elle n'aurait pas présenté d'autre maladie que celle qui l'a emportée. Père: âgé de cinquante-neuf ans, Calabrais d'origine, décrit comme très dur, strict et autoritaire, il est actuellement au chômage, après avoir fonctionné comme ouvrier durant vingt-cinq ans chez Cafag et durant quinze ans chez Polytype; l'exploré ne l'aurait "jamais vu sobre", n'aurait "jamais parlé vraiment à son père"; le père de l'exploré est remarié depuis un an, avec une femme africaine de vingt-quatre ans, après avoir été marié une deuxième fois en 1995, durant quelques mois, avec une Marocaine de trente-trois ans. La fratrie comporte, outre l'exploré, une sœur aînée, née en 1967, célibataire, sans ami actuellement, demeurant dans l'appartement occupé auparavant par la mère de l'exploré; la sœur de l'exploré travaille comme employé de commerce à Matran, est décrite comme "contente", présentant quelques symptômes dépressifs, sans être du tout dans le milieu de la drogue. L'entente de l'exploré avec sa sœur est décrite comme très bonne, de même qu'il s'est toujours senti très proche de sa mère, sauf durant les dernières années lors de la dépendance à la drogue. L'exploré ne signale aucune notion positive sur le plan hérédo-psychopathologique, mais il faut remarquer que l'exploré ne connaît, à part la grand-mère maternelle âgée de septante-huit ans, que fort peu ses ascendants.

Sur le plan des antécédents personnels, remarquons une naissance (à terme, à l'hôpital, dans la ville natale de la mère), une périnatalité et un développement psychomoteur apparemment tous dans les normes. L'exploré a présenté un épisode de somnambulisme vers l'âge de dix ans, de même qu'une onychophagie depuis l'enfance jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Elevé chez ses parents, qui étaient en Suisse depuis 1961 pour le père, depuis 1966 pour la mère, l'exploré n'a que peu de souvenirs de son enfance, à part qu'il y avait "sans arrêt des cris" à cause de la consommation d'alcool du père, qui se montrait parfois violent au point que la police devait intervenir. Scolarité primaire de six ans, au Schoenberg, avec une moyenne supérieure à 5, scolarité secondaire de trois ans, en section générale, avec une moyenne également supérieure à 5. L'exploré bavardait en classe, avait un peu de peine à obéir, mais il était apprécié et se montrait doué. Il effectue un apprentissage de trois ans comme employé de commerce, obtient en 1987 le CFC, avec une

moyenne de 4,9. Lui-même avait choisi cet apprentissage, car on le lui avait fortement conseillé du fait du contexte familial. L'exploré, avec du recul, pense qu'il aurait aussi bien voulu étudier le droit. En début d'adolescence, l'exploré se trouve un peu complexé, du fait d'un problème d'acné, puis, vers l'âge de dix-sept ans, il prend davantage confiance en lui-même, du fait surtout d'une réussite sportive. En effet, à cette époque et jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, il pratique le football à un bon niveau, dans un club de la ville. Il cessera cette activité de footballeur dans un contexte de dépendance à la drogue.

Après l'obtention du CFC, l'exploré travaille durant deux ans comme opérateur-pupitreur à Bulle, puis durant un an comme responsable de l'informatique dans une assurance de Fribourg. Commencent alors divers problèmes importants liés à la toxicomanie, si bien que, depuis 1990, l'exploré, après avoir été licencié de son poste de responsable, n'a à son actif que quelques mois d'activité professionnelle, comme notamment en 1992 à l'Arsenal de Payerne, employeur qu'il a lui-même quitté du fait de ses difficultés liées à la drogue.

L'exploré a un long parcours de toxicomane: initié par des amis à fumer un premier joint vers l'âge de seize ans, il se met à sniffer de l'héroïne vers 1990, puis il passe à des injections intraveineuses d'héroïne dès 1991. Alors que les premiers joints avaient entraîné chez lui quelques épisodes de déréalisation, un peu de dissociation et quelques traits paranoïdes, au point qu'il consulta à l'époque un médecin qui lui prescrivit un tranquillisant de type "benzodiazépine" (BZD), les premiers contacts avec l'héroïne plurent tout de suite à l'exploré. La consommation maximale d'héroïne avoisina les deux grammes par jour. L'exploré a connu trois situations de surdose, notamment une en 1993 dans les toilettes de l'appartement familial, ce qui fut l'occasion pour la mère de l'exploré de se rendre compte de la toxicomanie de son fils. Atteint d'hépatite de type B, l'exploré n'a toutefois pas contracté le sida. Depuis 1994, l'exploré a multiplié les essais de sevrage, surtout motivé par le fait que sa mère ne pouvait plus compter sur lui dans sa situation de séparation et de divorce; les tentatives de sevrage n'ont réussi, en général, que durant quelques jours, l'exploré rechutant régulièrement. Depuis 1996, directement sur le mode de l'injection intraveineuse, l'exploré consomme, outre l'héroïne, de la cocaïne. Depuis janvier 1996, l'exploré est également dans un traitement de substitution à la méthadone, traitement contrôlé médicalement à Fribourg, mais d'une façon assez lâche du fait des irrégularités de l'exploré dans ses contacts avec le milieu médical. Depuis 1994, l'exploré aurait pris très régulièrement des médicaments tranquillisants, sur un mode et à des doses qui l'ont

rendu dépendant; sous l'effet de ces produits, l'exploré se sentait plus actif, presqu'un peu euphorique; il en est venu ainsi à augmenter les doses, pour atteindre la consommation quasi quotidienne de 70 mg de Lexotanil et de 20 mg de Rohypnol (à titre indicatif, les doses moyennes conseillées en pratique ambulatoire sont de 6 mg, respectivement 3 mg). L'exploré a dû avoir recours à divers expédients pour assurer son approvisionnement, ainsi notamment un vol d'ordonnances en avril 1997. A partir du moment où il a consommé de la cocaïne, l'exploré se rend compte qu'il "ne peut plus rester dans la société", que cette dépendance l'amène à commettre des délits, que tout son argent passe pour la cocaïne. En outre, il remarque une "restriction mentale", à savoir qu'il se trouvait comme obsédé par le besoin de la drogue, qu'il n'existait pour lui rien d'autre en dehors de cette consommation. Le séjour à l'Hôpital de Marsens, du 9 janvier au 4 février 1998, en partie en lieu et place d'un emprisonnement, a permis à l'exploré d'effectuer un sevrage définitif pour les drogues dites dures. En effet, depuis janvier 1998, l'exploré n'aurait plus consommé de drogues dures, s'en tenant à la dose de méthadone quotidiennement prescrite et aux benzodiazépines (BZD), ainsi qu'à la fumerie de quelques joints.

Dans son appréciation subjective de sa dépendance, l'exploré déclare actuellement qu'il n'y a "que des mauvaises choses", qu'il a "beaucoup fait souffrir sa mère de 1993 jusqu'à son décès"; les activités délictueuses de l'exploré, notamment des vols, auraient commencé avec la dépendance aux BZD, l'exploré ne pouvant résister à des tendances de voler, même des choses qui ne servaient à rien; c'est aussi en relation avec la dépendance aux BZD et à la cocaïne que l'exploré situe les diverses infractions à la loi sur les stupéfiants, son inactivité, son retrait de tout engagement social et sportif, son incapacité de travail.

Dans les antécédents systématiques et médico-chirurgicaux autres que ceux touchant à la toxicomanie, relevons une perte de connaissance de quinze minutes alors qu'il était enfant, sur une chute, l'absence d'antécédent relatif à une méningite ou à une tuberculose, une opération pour une hernie inguinale droite en 1972, la présence de fistules anales gênantes, depuis une dizaine d'années, à plusieurs reprises traitées chirurgicalement. L'exploré a effectué son service militaire en 1988, par une ER comme gren chars; il se serait bien intégré au service militaire, a fait deux CR avec son unité, avant d'être licencié médicalement pour son problème de drogue. L'exploré a effectué trois séjours à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens, en 1992, en 1995 et en 1996, séjours au cours desquels il est apparu peu motivé, très dépendant des drogues, présentant des

troubles mentaux polymorphes, une amnésie et des troubles de la perception entre autres; la quatrième hospitalisation, en 1998, s'est déroulée, comme déjà dit ci-dessus, de façon plutôt positive, avec un exploré assez collaborant et l'obtention d'un sevrage des drogues dures; le diagnostic posé à cette occasion fait état de "troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (méthadone, cocaïne, cannabis, benzodiazépine, alcool); syndrome de dépendance, utilisation continue. Personnalité schizotypique". Une expertise psychiatrique en capacité de travail, pratiquée en 1998, fait état, en conclusion, d'une capacité de travail nulle, d'une "personnalité dépendante, de type état-limite bas", d'un "état dépressif récurrent et d'un état régressé ". Un degré d'invalidité de 100 % a été reconnu, depuis le 1.2.98, à l'exploré, par l'Office Cantonal de l'Assurance-Invalidité.

L'acte essentiellement reproché à l'exploré, soit le "meurtre" d'un homme de trente-deux ans, est survenu dans la nuit du dimanche 5 au lundi 6.4.98, vers 4h.30 du matin. Il s'agit du décès d'un homme que l'exploré présente comme "un copain", copain que l'exploré connaissait depuis 1991 environ, puisqu'il l'avait déjà hébergé une nuit chez lui à cette époque. Ensuite, l'exploré l'avait perdu de vue, pour le retrouver en 1997, dans le milieu de la drogue; ensuite, lors du séjour de l'exploré à Marsens, celui-ci avait à cette occasion "beaucoup parlé" au défunt, qui séjournait également à l'Hôpital psychiatrique. Après le séjour hospitalier, la victime avait fréquenté durant un mois et demi la sœur de l'exploré, sœur dont il avait fait la connaissance à Marsens. L'exploré avait été "surpris" que sa sœur sorte avec son copain, il l'avait même mise en garde et lui avait demandé "d'ouvrir les yeux". La victime aurait beaucoup promis de choses à sa sœur, notamment de faire tout son possible pour sortir de la drogue. Après quelques semaines de vie commune, la sœur de l'exploré a dû recourir aux forces de l'ordre pour faire sortir de son domicile la victime, avec laquelle elle ne voulait plus avoir de contact. C'est alors, dès le 29.3.98, que l'exploré recueille chez lui son copain. Pour l'exploré, il s'agissait de "l'aider à s'en sortir, de le stimuler"; il déclare ainsi qu'il "faisait comme un grand frère", qu'il était "content de le voir manger". Il aurait posé une condition à son copain pour l'héberger: ne pas amener de matériel de drogue, ni de s'en injecter dans son appartement. L'exploré pensait le garder quelques mois chez lui, "par pitié et pour l'aider à s'en sortir", comme il avait déjà hébergé à quatre reprises durant ces trois dernières années des copains ou copines du milieu de la drogue, ceci pour des périodes variant entre quelques mois et quelques jours. L'exploré dit qu'il savait donc ce qu'il allait devoir supporter avec la victime, que, comme ex-toxicomane lui-même, il voulait aider tout en ne lui faisant "pas confiance", se méfiant notamment de la

13012

capacité de la victime à ne pas s'injecter de drogue. Au bout de quelques jours d'hébergement, l'exploré se serait rendu compte que la victime "se laissait aller". Héberger un copain semble donc avoir été, pour l'exploré, à la fois une manière d'être utile et une façon de rester loyal envers sa mère, qui avait, à une certaine époque, aidé l'exploré en restant vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec lui.

Dans le cours de la journée du 5.4.98, puis durant la nuit du 5 au 6.4.98, l'exploré ne se rappelle plus vraiment bien combien de bières et de whisky il a bus; il semble que, vers le milieu de la nuit, il ait bu environ une demi- bouteille de whisky. Ce dont l'exploré se souvient, c'est qu'il a consommé environ cinq joints d'herbe sur toute la journée, de même que 50 mg de Tranxilium (une BZD) le matin, puis, à raison de deux comprimés par deux comprimés, environ dix comprimés de Lexotanil à 6 mg, entre le début de la journée du dimanche et (dernière prise) deux ou trois heures du matin à peu près. En outre, l'exploré avait pris, vers dix heures du matin environ, la dose quotidienne de méthadone (environ 35 ml). Lorsqu'il rentre chez lui vers quatre heures du matin, il n'est pas fâché, mais "un peu ivre". Lorsqu'il voit la porte de sa chambre enfoncée, il se sent "furieux". Un échange de propos verbaux violents a lieu avec son copain, échange durant lequel ils se seraient poussés mutuellement. L'exploré téléphone alors au 117 pour annoncer un vol. A ce moment, il prend peur, il aurait paniqué, aurait remarqué que son copain avait "l'air méchant, les yeux méchants"; l'exploré pense alors que son copain "va le tuer", car il l'a dénoncé. L'exploré a pensé que son copain "pouvait lui faire quelque chose", et il en a eu peur, car "c'est une masse". L'exploré "court alors chercher un couteau", donne droit devant lui, "à l'aveuglette", des coups de couteau au ventre de l'exploré, "pas au cœur, pas pour le tuer". L'exploré déclare que son "sang n'a fait qu'un tour", qu'il était "hors de lui", qu'il avait "une rage" en lui. L'exploré aurait ressenti que son copain voulait "l'attaquer", et il aurait ainsi voulu "se défendre". Il aurait aussi aimé que son copain avoue qu'il avait forcé la porte de sa chambre et dérobé le contenu d'une cassette; il aurait voulu que son copain lui demande de lui pardonner son vol. L'exploré n'arrive pas à expliquer plus précisément ce qui a provoqué le fait qu'il a donné de nombreux coups de couteau. A la vue du sang, puis lorsque son copain s'effondre, l'exploré se rend compte qu'il l'a blessé, et il effectue un deuxième coup de téléphone pour demander une ambulance. Il quitte ensuite l'appartement, car "il a peur de rester avec son copain blessé". Quelques minutes plus tard, un troisième coup de fil de l'exploré a lieu, car il aurait senti "qu'il fallait faire vite pour que le copain ne meure pas". Après les coups de couteau, l'exploré était "paniqué", car il savait que "cela allait être grave pour la santé du copain".

L'exploré déclare, pour terminer le récit subjectif de son acte meurtrier, qu'il reste convaincu que c'est son copain qui lui a volé une somme d'argent dans sa chambre, après avoir fracturé la porte de celle-ci, qu'il lui a "enlevé la vie", qu'il ne l'a "pas tué".

Examens et observations

L'exploré est un homme de trente-neuf ans, de biotype picnoïde, d'un poids corporel de 76 kg pour une taille de 173 cm, sans signe dysplasique net, étant vu lors des entretiens à la Prison centrale, où il est détenu. Lors des premiers entretiens, l'exploré est sous l'effet de deux tranquillisants, ainsi que d'un opiacé de synthèse, ce qui entraîne un cours de la pensée un peu ralenti, sans obnubilation. Lors des derniers entretiens pour l'établissement de l'expertise, l'exploré a une pensée claire et mobile, subjectivement non ralentie, l'exploré déclarant se concentrer et réfléchir normalement. Le 8.6.98, l'exploré est sous traitement de 15 mg par jour de Tranxilium (un tranquillisant du type BZD) et de sa dose substitutive habituelle de méthadone. Lors des premiers entretiens, la dose de Tranxilium était de 40 mg par jour. En prison, l'exploré n'est bien évidemment ni sous l'effet de l'alcool ni sous l'effet d'une drogue "légère" telle que le haschisch par exemple. Il se montre collaborant lors des examens, se déclarant "content de pouvoir parler".

L'impression générale est celle d'un individu abattu, différencié, juvénile.

Sémiologie comportementale: l'exploré s'exprime en français, qui est sa langue de communication habituelle; le langage est correct, la tenue est quelque peu négligée (situation de détention), la mimique est ralentie mais expressive, se manifestant dans un visage de forme carrée un peu piriforme et au regard direct. La réaction au contact est une réaction de confiance un peu abandonnique. L'affect de base est de type dépressif, avec des sentiments de culpabilité qui augmentent au fur et à mesure des entretiens. Les activités de loisirs consistent habituellement en la pratique du football et du vélo, avec aussi des lectures concernant essentiellement la religion. L'exploré ne fait partie d'aucun groupement de quelque nature que ce soit. Il est célibataire et n'entretient pas actuellement de relation affective hétérosexuelle, après avoir rompu voici environ deux ans une relation affective hétérosexuelle qui avait duré huit ans et demi. La fiancée de l'époque, de deux ans sa cadette, vendeuse, actuellement sommelière, assumait la plupart des tâches et des responsabilités du

couple, lors de la vie commune d'environ un an et demi qu'ils ont menée. L'exploré avait laissé cette amie dans l'ignorance de ses problèmes de drogue jusqu'en 1994. Après l'avoir dans un premier temps soutenu, la fiancée en "aurait eu marre" et aurait quitté l'exploré. Quelques contacts irréguliers ont encore lieu entre l'exploré et son ex-amie. Du milieu du football que l'exploré a fréquenté de nombreuses années, il a gardé deux amis qu'il ne voit toutefois pas très régulièrement. La sphère de la psychosexualité ne semble pas avoir été marquée par une déviation d'objet ni de but, alors qu'on peut relever un net apragmatisme sur ce plan-là durant la période de grande dépendance à la drogue. Sur le plan du comportement social, l'exploré a été assisté par le Service social de la ville de Fribourg ces dernières années; il a eu un comportement antisocial marqué, en tout cas depuis 1992, avec un retrait du permis de conduire à cause de la consommation de drogue, avec trois emprisonnements (1994, 1996, 1998), avec divers vols. Le comportement antisocial est en relation avec la consommation d'alcool et la consommation de drogue. L'exploré n'a pas de perturbation de l'appétit. Le sommeil est troublé dans le sens d'une difficulté à l'endormissement, ceci dans les conditions de détention et de culpabilité quant à son acte. Auparavant, l'exploré présentait fréquemment des cauchemars à teinte persécutoire et agressive, probablement sous l'effet des médicaments qu'il consommait. Relevons encore, comme signe particulier, le fait que l'exploré porte des bijoux, une boucle d'oreille à gauche, deux bagues, un bracelet et une croix en tour de cou, bijoux offerts soit par sa grand-mère, soit par sa mère ou encore sa sœur. L'exploré y attache une valeur sentimentale très forte.

Sémiologie de l'activité psychique basale (sémiologie de la conscience): l'exploré ne présente pas de trouble de la conscience quantitativement parlant, c'est-à-dire de la vigilance; qualitativement parlant, la conscience n'est ni morcelée, ni rétrécie, même si, lors des premiers entretiens, elle est quelque peu polarisée dans le sens d'une tonalité dépressive liée aux événements récents. L'exploré est orienté dans le temps et dans l'espace, de même que quant à sa propre personne et quant à la situation. Il n'effectue pas de fausses reconnaissances. L'exploré présente une légère dysmnésie à la fois quant à l'évocation et quant à la fixation des événements, dysmnésie à mettre en relation avec la consommation abusive de produits toxiques. Cours et contenu de la pensée: il n'y a ni barrage ni digression ni fuite des idées; la pensée n'est pas non plus incohérente, ni appauvrie. Absence de trouble névrotique structuré tel que compulsion, obsession, symptôme conversif, phobique ou hypocondriaque. Sphère de la perception: on ne relève pas de trouble interprétatif, hallucinatoire ou délirant; il n'y a pas non plus d'idées

délirantes de jalousie, de préjudice ou de ruine. Le Moi de l'exploré, enfin, n'est troublé ni dans le sens d'une dépersonnalisation, ni dans celui d'une appropriation ou d'un syndrome d'influence. Le fonds intellectuel et mental, compte tenu des anamnèses et d'un examen psychométrique sommaire, se situe dans les normes compte tenu de l'âge et de l'environnement socioculturel de l'exploré. La capacité de jugement, la capacité d'abstraction, la faculté de mentalisation (prise de conscience des ressentis intérieurs) sont dans les normes. La capacité de tester la réalité est conservée. Affectivité et thymie: subjectivement, l'exploré se plaint d'une certaine diminution de ses intérêts et de sa capacité de prendre plaisir; il ne manifeste pas de perte des émotions ni des sentiments, ni d'impression de vide affectif. Il est triste sans être pessimiste, anxieux sans être morose, sur la base d'une disposition un peu méfiante et puérile. Il ne présente pas de sentiments de type mélancoliforme d'insuffisance, de culpabilité et de ruine; sa peine d'avoir enlevé la vie à quelqu'un, les souvenirs liés à la victime et les éléments de culpabilité que l'exploré manifeste sont davantage vécus sur un mode rationaliste que mélancolique. On ne relève, à l'examen objectif, ni ambivalence, ni discordance, ni labilité affectives. Absence de tendances suicidaires. L'exploré présente un tic, c'est-à-dire une stéréotypie motrice consistant à se mordre la lèvre inférieure.

Dans l'autodescription de sa personnalité que l'exploré fournit, sur demande, celui-ci relève qu'il est "calme, posé, analysant les choses, jaloux, et avant tout désireux d'aider". A titre d'exemple, l'exploré signale qu'il a "beaucoup dépanné des toxicomanes", en les hébergeant, en leur donnant des habits, en cuisinant pour eux. Quant à la situation actuelle, l'exploré déclare "réaliser de plus en plus" l'acte qu'il a commis, acte qu'il "n'aurait jamais cru possible de sa part". Si l'exploré émet des regrets quant à son acte, il ne se fait pas faute de rappeler qu'il était, au moment des actes, sous l'influence de plusieurs toxiques. Lors des derniers entretiens effectués en vue de l'établissement de l'expertise, l'exploré a exprimé, sur un mode adéquat et non euphorique, qu'il se réjouissait d'aller mieux, de pouvoir mieux se maîtriser, d'être un autre homme, de revivre, ceci du fait du début d'un traitement médical et médicamenteux, à la Prison centrale, consistant dans un premier temps à sevrer l'exploré des benzodiazépines (BZD); dans un deuxième temps, l'exploré aimerait aboutir à un sevrage de méthadone, en prison ou dans un hôpital. L'exploré déclare aussi exercer sa pensée positive, prier beaucoup, si bien qu'il se sent "pardonné". A un peu plus long terme, l'exploré aimerait bien pouvoir à nouveau s'occuper de son père et de sa sœur, suivre des cours d'arbitre de football (ce qui était prévu pour juin 1998),

entraîner des jeunes, tout arrêter la drogue et recommencer une nouvelle vie.

L'analyse de la structure profonde de la personnalité de l'exploré, analyse menée selon une optique psychanalytique (psychodynamique), permet de constater chez l'exploré, actuellement, des traits de caractère, des mécanismes intrapsychiques adaptatifs et défensifs, une nature de l'angoisse, un mode de relations interpersonnelles (ou relations objectales) et un mode d'aménagement pulsionnel, qui ressortissent à deux composantes structurales, d'une part la composante narcissique, d'autre part la composante immature. Parmi les traits de caractère significatifs de l'exploré, remarquons un calme fréquemment mêlé d'impatience et de manque de confiance, une indécision avec un manque de constance, mais également un côté entêté; l'exploré paraît prompt à faire des projets, mais se laisse également assez rapidement décourager il est de nature chaleureuse, mais fréquemment replié sur lui-même. Les mécanismes intrapsychiques adaptatifs et défensifs par lesquels l'exploré s'adapte à des situations nouvelles ou se protège de situations vécues comme anxiogènes sont d'une part de nature archaïque (les identifications projectives, les projections), d'autre part d'un type un peu plus élaboré (les rationalisations, les extériorisations), ce dernier groupe de mécanismes faisant évoquer une composante caractérielle; toutefois, la plupart des adaptations et des défenses sont marquées du sceau de la composante narcissique, comme en témoignent les clivages, les idéalisations, les dévalorisations, ainsi que les tendances dépressives et régressives. L'angoisse profonde, sous-jacente, est une angoisse du type perte, solitude et abandon, c'est-à-dire qu'elle ressortit également à l'aspect narcissique de la structure profonde de la personnalité. C'est dans le domaine des relations interpersonnelles que le côté immature de l'exploré se manifeste le plus, du fait essentiellement du manque d'identifications à des figures masculines dans la psychogenèse de sa personnalité; ainsi, les relations interpersonnelles ont un côté fonctionnel, dépendant, l'exploré ayant laissé fréquemment les proches assumer une grande partie des responsabilités qu'il aurait dû prendre; relevons que l'exploré est certes capable d'empathie pour ses proches, mais on le voit sans cesse se comporter comme un petit envers des grands, comme un adolescent envers des adultes. Le manque d'autonomie, le besoin de dépendance et de soutien sont des éléments que l'on observe également dans l'aménagement pulsionnel de l'exploré: si les conduites de type régressif et dépendant ont constitué l'aménagement pulsionnel majeur de l'exploré durant ces dernières années, il convient de relever également la conduite substitutive d'aide qu'il a fournie et qu'il cherche encore à procurer à certaines

personnes, conduite positive visant à compenser les sentiments de honte et de faiblesse auxquels l'exploré est confronté de par son immaturité et ses failles narcissiques; la pulsion agressive est fortement refoulée chez l'exploré, n'émergeant en principe que lors de situations où le degré de vigilance est abaissée et lorsque le Moi se trouve en forts manque et régression .

Relevons pour terminer cette analyse de la structure de personnalité que nous n'objectivons pas de bizarreries du discours et de la pensée, ce qui fait exclure une structure d'allure schizotypique, et que, s'il y a quelques traits caractériels, ceux-ci ne sont pas prédominants. Ainsi, l'exploré, quant à sa structure profonde de personnalité, structure envisagée d'un point de vue psychodynamique, peut être décrit comme une personnalité du registre des états-limite, à savoir une personnalité chez laquelle les problèmes d'identité et d'autonomie n'ont pas été résolus de façon adéquate. On peut nommer cette structure de personnalité, associant immaturité, dépendance et faiblesse narcissique, une personnalité de type infantile.

Discussion et conclusions

L'analyse des données objectives, fournies par les anamnèses et les examens et observations, permet de constater chez l'exploré, Monsieur Giuseppe Ciliberto, actuellement, la présence d'un état de dépendance psychique et physique à des substances psychotropes, à savoir d'une part à des tranquillisants de la classe des benzodiazépines et d'autre part à la méthadone, donnée sous forme de traitement de substitution à une ancienne dépendance à l'héroïne. Les substances psychotropes actuellement prises par l'exploré le sont sous contrôle médical. Par ailleurs, l'exploré présente un trouble de la personnalité ou une personnalité pathologique, personnalité de type infantile, associant essentiellement une immaturité et une faiblesse narcissique.

Autrement dit, il n'y a pas chez l'exploré, actuellement, de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, ni de grave altération de la conscience. Il n'y a pas non plus actuellement de grave pathologie concomitante à la dépendance, comme un trouble de type psychotique par exemple ou une grave dépression.

La genèse de l'état de dépendance est polyfactorielle, tout état de dépendance résultant, comme on le sait, de la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un contexte socio-économique et

culturel particulier. Parmi les facteurs étiologiques constituant le trouble de la personnalité, trouble de la personnalité lui-même à la base des tendances de dépendance de l'exploré, on peut relever pour commencer l'aspect constitutionnel ou héréditaire, le père de l'exploré étant probablement en proie à des problèmes de dépendance à l'alcool et étant probablement doté d'un comportement que l'on peut qualifier de dysfonctionnel, voire immature. L'essentiel de l'étiologie se trouve toutefois du côté de la psychogenèse ou du développement psychodynamique de la personnalité; évoquons ainsi les nombreux éléments qui relèvent de cette étiologie.

Dans l'enfance et la première adolescence, l'exploré montra une grande inhibition, comme en témoigne le peu de souvenirs qu'il en a gardé, pauvreté des souvenirs liée à un refoulement massif de situations potentiellement traumatogènes. L'onychophagie précoce, le somnambulisme un peu plus tardif sont également des signes d'une tension interne. Par crainte de l'autorité paternelle, l'inhibition verbale et motrice de l'exploré s'étendit également à la pulsion agressive, fortement refoulée, alors que la surprotection maternelle a amené des tendances fusionnelles et dépendantes nombreuses. Les processus identificatoires de l'exploré, par rapport à la figure paternelle, n'ont pu avoir lieu de façon satisfaisante ni dans l'enfance ni dans l'adolescence, avec les conséquences d'une mauvaise identification primaire et secondaire à une figure masculine (les inhibitions entre autres). Par contre, la figure maternelle, et par conséquent féminine, a été fortement idéalisée, comme le démontrent les propos actuels de l'exploré quant à sa mère et quant à sa sœur, toutes deux fortement admirées dans leur comportement, comportement que l'exploré essaie partiellement d'imiter en se mettant en situation d'aider son prochain. L'idéalisation et l'admiration de l'image maternelle expliquent également que l'exploré a voulu longtemps ménager sa mère en lui taisant ses problèmes de dépendance. L'immaturité caractérielle et affective de l'exploré est ainsi bien fondée dans le développement psychodynamique de la personnalité, à un point tel que l'on peut parler dans ce sens d'un développement psychique incomplet; sur le plan intellectuel, relevons toutefois que le développement est complet. A côté de cette immaturité, l'insuffisance du Moi ou la faiblesse narcissique ressortissent également à cette psychogenèse perturbée, l'exploré, pour colmater ses brèches narcissiques, recherchant des appuis et des soutiens chez des personnes ressenties comme fortes, essentiellement des femmes; ainsi s'explique le rôle tenu par son ex-fiancée et actuellement par sa sœur, que l'exploré présente comme "quelqu'un qui a la clé pour s'en sortir", comme une "personne forte qui maîtrise, qui raisonne très bien et qui porte

la souffrance". Le recours à la drogue, aux drogues en général devrait-on dire, prend ainsi, chez l'exploré, le sens d'un soutien à un Moi insuffisant, d'un colmatage d' une personnalité trouée de par des déficiences narcissiques, d'une tentative de dépassement d'une position immature caractérielle et affective.

Chez l'exploré, la dépendance aux drogues a pris l'allure, dans son vécu, dans son comportement et en ce qui concerne son activité psychique basale, d'une polytoxicomanie. Consommant du haschisch régulièrement chaque jour dès l'âge de seize ans, l'exploré est dépendant de l'héroïne de 1991 à 1997 environ, de la cocaïne de 1996 à 1997 environ, des benzodiazépines de 1994 à 1998, de la méthadone depuis janvier 1996 (cette dernière substance dans le cadre d'un traitement médical de substitution). La consommation d'alcool a été épisodiquement abusive, environ depuis l'arrêt de l'activité sportive, en parallèle sans doute avec la consommation de médicaments psychotropes. Tous les effets spécifiques sur le comportement et le psychisme des différentes drogues absorbées ont été manifestes à un moment ou à un autre chez l'exploré : la tendance au repli sur soi et à l'isolement de l'héroïne, la passivité et le manque de volonté liés au haschisch, la restriction mentale et le très fort dérèglement comportemental entraînés par une dépendance à la cocaïne. Les benzodiazépines ont entraîné, au début, un état de pseudo-activation, pour faire place par la suite, avec l'augmentation des doses et la prise en parallèle d'alcool, à une passivité et à une baisse de la vigilance. Depuis le début du traitement de substitution à la méthadone, l'exploré a consommé en parallèle, mais épisodiquement, des drogues dites dures, en moins grande quantité toutefois qu'auparavant. Relevons encore de cette période de polytoxicomanie de l'exploré, comme en témoignent les dossiers médicaux de l'époque, les divers troubles psychiques liés à la consommation et au mélange des drogues, tels que de la confusion, une dysmnésie, une distorsion des perceptions, des épisodes dépressifs et régressifs. Il s'agit donc d'une polytoxicomanie grave, avec un handicap tant sur le plan psychique et physique individuel que sur le plan relationnel et socio-économique. En février 1998, les divers médecins qui ont eu à s'occuper de Monsieur Ciliberto ont estimé que le traitement de substitution à la méthadone avait un certain impact positif, mais n'avait pas encore toutefois permis de sevrer le patient des benzodiazépines; sa capacité de travail était considérée comme nulle et ses besoins d'encadrement et de soutien très importants, avec propositions d'une psychothérapie avec entretiens réguliers et fréquents et de mesures de réadaptation au travail en milieu protégé. Quelques facteurs positifs de l'évolution de la polytoxicomanie de l'exploré sont apparus récemment: d'une part la motivation de Monsieur Ciliberto semble en augmentation pour

13994

une prise en charge, ceci depuis l'hospitalisation à l'Hôpital de Marsens en 1998, d'autre part la situation actuelle de détention permet, paradoxalement, une meilleure compliance et l'encadrement du patient dans son traitement de substitution à la méthadone et de sevrage progressif des benzodiazépines. D'autre part, l'état psychique amélioré du patient quant à ses différents problèmes de polytoxicomanie depuis sa détention lui a permis de se projeter de façon un peu plus réaliste dans l'avenir en ce qui concerne ses projets sur le plan professionnel et occupationnel, projets certes rendus moins réalisables vu l'état de détention.

A l'époque des faits qui lui sont reprochés, à savoir vers le mois d'avril 98, l'exploré présentait à la fois un trouble de la personnalité sous la forme d'une personnalité pathologique de type infantile, et une pathologie des conduites, sous la forme d'une polytoxicomanie grave, avec dépendance aux benzodiazépines, à la méthadone et au haschisch, avec également une consommation d'alcool épisodiquement abusive. Le jour de l'événement (meurtre de son copain), l'exploré avait consommé ainsi du haschisch, des médicaments de type benzodiazépines et de la méthadone, dans les proportions quotidiennes habituelles pour lui, comme en témoignent les taux retrouvés dans son urine. Il était également sous l'influence d'une grande quantité d'alcool, l'alcoolémie moyenne calculée à partir du prélèvement à l'Hôpital cantonal, environ deux heures après l'acte délictueux, étant de 1,37 g ‰. Au moment de l'acte, l'exploré était donc dans un état d'imprégnation aiguë d'alcool, sur la base d'un état de dépendance et d'imprégnation chronique aux autres substances toxicomanogènes précitées.

Il convient maintenant de discuter les effets du mélange de ces substances sur la personnalité pathologique de l'exploré. Signalons tout d'abord, théoriquement, qu'il y a certainement entre toutes ces substances psychotropes un effet de potentialisation, à savoir que leurs effets sur le psychisme se renforcent mutuellement. Ainsi, par exemple, le mélange des benzodiazépines et de l'alcool entraîne fréquemment des troubles de type confusionnel, à savoir impliquant une baisse de la vigilance, une dysmnésie et des activités psychomotrices parfois paradoxales. Pratiquement, chez l'exploré, comme en attestent les dossiers médicaux, un tel mélange, auquel s'ajoute encore la prise de haschisch et de méthadone, a déjà provoqué à trois reprises au moins des pathologies marquées par des agirs ou de l'agressivité: en juin 1996, l'exploré donne un coup de poing à un policier et doit être hospitalisé à l'Hôpital de Marsens avec des troubles importants du comportement; en août 1997, l'exploré était sur le point de se défenestrer ; enfin, en février 1998, à l'Hôpital de Marsens, il assène un coup de tête à un infirmier lors d'une

13063

discussion à propos d'un médicament. Comme on le voit, l'effet des toxiques mélangés sur sa personnalité entraîne pour l'exploré un dysfonctionnement psychique, caractérisé par l'intolérance à la frustration, la difficulté à supporter une autorité ou une opposition, le recours à des mécanismes régressifs, tels que l'impulsivité, les agirs et le recours à la violence auto- ou hétéroagressive, le tout évoluant sur un fond de confusion, de vigilance diminuée et de dysmnésie post-événementielle.

Les actes commis le jour du meurtre, à savoir l'altercation avec son copain qu'il soupçonnait de vol à son détriment et la dizaine de coups de couteau portés à celui-ci, sont donc ainsi bien marqués, eux aussi, du sceau d'un état psychique pathologique lié à la fois à une imprégnation toxique aiguë, à une imprégnation toxique chronique et à l'effet des substances ingérées sur la personnalité pathologique, entraînant pour cette personnalité pathologique un dysfonctionnement psychique régressif, impliquant essentiellement des agirs, de l'impulsivité, une mauvaise gestion et une désinhibition de l'agressivité, ainsi que des tendances persécutoires. L'acte délictueux (altercation avec coups de couteau multiples) ne porte pas les caractéristiques de l'irresponsabilité; il n'y a ainsi ni absurdité du but, ni absurdité des moyens, ni discordance nette entre la conduite de l'exploré au moment des faits et son comportement antérieur dans le cadre de son état de dépendance; il n'y a pas non plus inadéquation de la part de l'exploré dans sa conduite immédiatement postérieure au délit. L'exécution des actes et les circonstances qui les entourent ne sont donc pas significatives d'une irresponsabilité de l'exploré. A titre d'illustration et de confirmation de cette constatation, relevons le caractère assez organisé de l'acte de l'exploré qui a consisté à aller chercher son couteau dans sa chambre, puis à revenir près de son copain, de même que les appels téléphoniques faits par l'exploré, montrant que celui-ci se rendait compte, au moins dans une certaine mesure, de la gravité de la situation et des mesures qu'il convenait de prendre. Cependant, si l'irresponsabilité ne peut pas être retenue, force est de considérer l'exploré comme entravé dans sa liberté de décision et dans l'intelligence ou conscience qu'il pouvait avoir du caractère délictueux des actes; ainsi, au moment des faits, l'état d'imprégnation toxique aiguë (alcool, médicaments et drogues), s'inscrivant elle-même dans un contexte de syndrome de dépendance chronique à diverses substances psychoactives, a probablement oblitéré partiellement l'intelligence ou la conscience que l'exploré pouvait avoir du caractère délictueux de ses actes, et donc, partant, la faculté d'apprécier le caractère illicite de ses actes. De même, au moment des faits, en relation bien évidemment avec l'imprégnation toxique aiguë, le dysfonctionnement psychique de la

13092

personnalité pathologique de l'exploré, ou, autrement dit, la décompensation ou complication de sa personnalité infantile, a certainement entravé la liberté de décision de l'exploré, donc a entravé partiellement sa capacité de se déterminer d'après l'appréciation du caractère illicite de ses actes. Compte tenu de l'importance de l'imprégnation toxique aiguë, de la gravité du syndrome polytoxicomaniaque et de l'aspect fortement régressif du dysfonctionnement de la personnalité de l'exploré (avec, au premier plan, des agirs et des impulsions, ainsi que la faiblesse du contrôle volontaire), la responsabilité pénale de l'exploré, partiellement restreinte, l'a été dans une mesure forte.

Au vu des développements qui précèdent, je puis maintenant conclure et répondre de la sorte à vos questions:

1. Au moment des faits, l'exploré, Monsieur Giuseppe CILIBERTO, était atteint d'une part d'un trouble dans sa santé mentale, sous forme d'un trouble de la personnalité ou personnalité pathologique de type infantile, d'autre part d'un trouble dans sa conscience, à savoir un état d'imprégnation toxique aiguë (alcool, médicaments psychotropes et drogues), syndrome aigu s'inscrivant dans le cadre d'un syndrome chronique de dépendance à des substances psychoactives ou polytoxicomanies.

   Son développement psychique peut être considéré comme incomplet, dans le sens d'une immaturité affective et caractérielle, alors que son développement mental (intellectuel) doit être considéré comme complet.

2. Lorsqu'il a commis les actes qui lui sont reprochés, l'exploré ne possédait probablement que partiellement la faculté d'apprécier le caractère illicite de ses actes, alors qu'il ne possédait certainement que de façon partielle la faculté de se déterminer d'après cette appréciation.

3. La responsabilité pénale de Monsieur Giuseppe CILIBERTO est restreinte dans une mesure forte.

4. L'état actuel de l'exploré exige une prise en charge : il s'agit essentiellement, dans un premier temps, de poursuivre le traitement de substitution à la méthadone, avec un

13001

accompagnement psychothérapeutique et psychosocial adéquat, traitement et mesures d'accompagnement dont les modalités de continuation doivent être laissées au soin du médecin-traitant de l'exploré auprès du Centre Psycho-Social de Fribourg; une intensification des mesures d'ordre psychothérapeutique paraît actuellement possible, au vu de la motivation de l'exploré, de sa bonne capacité de verbalisation et de sa disponibilité forcée. Il y a également lieu, de façon impérative, de poursuivre le traitement consistant en un sevrage des benzodiazépines, comme cela a semble-t-il été entrepris depuis le début de la détention de l'exploré à la Prison centrale. Dans un deuxième temps, on pourrait peut-être mettre à profit la détention de l'exploré pour procéder à un sevrage de méthadone, de façon progressive ou même assez rapide, selon l'évolution psychique et les réactions de l'exploré. Dans la mesure où un encadrement médical et un soutien psychothérapeutique régulier peuvent être apportés à l'exploré en prison, une hospitalisation n'est pas nécessaire. A moyen terme, l'accentuation de la prise en charge psychothérapeutique devrait permettre, sur plusieurs mois voire années, une stabilisation et un renforcement de la personnalité de l'exploré (augmentation de l'autonomie et de l'auto-valorisation, amélioration du fonctionnement relationnel et du contrôle pulsionnel entre autres), ainsi que la mise en place, cas échéant, des mesures de réadaptation et réinsertion socio-professionnelle (avec l'aide et sous les directives du médecin-traitant et des institutions et offices spécialisés dans ces tâches).

5. Dans la mesure où l'exploré a pu être sevré des toxiques (alcool, benzodiazépines et drogues "dures" [méthadone éventuellement exclue]), dans la mesure aussi où l'exploré éventuellement peut être stabilisé dans sa personnalité par un encadrement psychothérapeutique continu, il n'y a pas grand risque de récidive d'un acte hétéro-agressif grave. Ceci ne saurait toutefois être exclu formellement, du fait de la pathologie de personnalité, surtout si une consommation de produits psychoactifs potentiellement toxicomanogènes persistait.

   Les traitements décrits ci-dessus, visant en résumé aux sevrages et au renforcement du Moi, sont à envisager également dans une optique de prévention de la récidive et de diminution de la dangerosité.

6. Actuellement, l'exploré est accessible à la sanction pénale.

13000

Je n'ai pas d'autres observations à formuler.

En vous remerciant de votre confiance pour l'octroi de ce mandat et en restant à votre entière disposition pour toute autre information si nécessaire, je vous prie d'agréer, Monsieur le Juge d'instruction, l'assurance de ma considération distinguée.

D. Pauchard

Dr Denis Pauchard

Annexes: - une copie de la présente expertise;
- une note d'honoraires.