Direction de la sécurité
et de la justice

3 1 MAR. 2009

Service de l'exécution des peines

DR DENIS PAUCHARD
spécialiste FMH
psychiatrie et psychothérapie
Boulevard de Pérolles 14
1700 Fribourg
Tél. 026/ 323 15 55

Fribourg, le 29 mars 2004

Monsieur
Michel Favre
Juge d'instruction
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 19.02 2004, vous m'avez confié le mandat d'une expertise psychiatrique en responsabilité pénale concernant Monsieur **Giuseppe CILIBERTO**. né le 5.1.1969, en Italie, originaire de Villars-sur-Glâne, célibataire, actuellement en détention préventive à la Prison centrale, à Fribourg, prévenu de "tentative de meurtre et lésions corporelles simples intentionnelles avec un objet dangereux".

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

1. Responsabilité (art. 10 et 11 CP).

1.1 Au moment des actes reprochés (commis le 2 février 2004), l'expertisé/e souffrait-il/elle d'une maladie mentale, d'une faiblesse d'esprit ou d'une grave altération de sa conscience ?

La commission de cet (ces) acte(s) peut-elle être mise en relation avec cet état et la capacité de l'expertisé/e à apprécier le caractère illicite de son (ses) acte(s) ou de se déterminer d'après cette appréciation était-elle supprimée (art. 10 CP) ?

1.2 Au moment de l' (des) acte(s) reproché(s), l'expertisé/e souffrait-il/elle d'un trouble dans sa santé mentale, ou dans sa conscience, ou d'un développement mental incomplet ?

Cette atteinte ou ce développement mental incomplet était-il tel qu'il empêchait l'expertisé/e d'apprécier pleinement le caractère illicite de son (ses) acte(s) ou de se déterminer d'après cette appréciation (art. 11 CP) ?

Si oui, de quelle ampleur estimez-vous cette diminution de la responsabilité (légère, moyenne, grave) ?

2. Risque de récidive.

2.1 Du point de vue de la psychiatrie forensique, l'expertisé/e présente-t-il/elle un risque élevé de commettre de nouvelles infractions ?

2.2 Du point de vue de la psychiatrie forensique, pouvez-vous donner des indications quant à de futures infractions que l'expertisé/e pourrait commettre et quant à leur probabilité?

3. Mesures(art. 43, 44, 100bis CP).

3.1 Existe-t-il un lien de causalité entre le(s) fait(s) reproché(s) et le trouble ou la dépendance à un produit ?

3.2 Existe-t-il une thérapie appropriée et pouvant garantir un certain succès pour le trouble constaté ? Si oui, de quel genre serait-elle ?

3.3 Une thérapie peut-elle limiter le risque de commission de nouvelles infractions ?

L'expertisé/e est-il/elle prêt/e à se soumettre à une thérapie?

Une thérapie ordonnée contre la volonté de l'expertisé/e aurait-elle néanmoins des chances de succès ?

3.4 Du point de vue psychiatrique, une mesure au sens des articles 43 ou 44 CP est-elle opportune ?

3.5 Quels seraient les effets de l'exécution de la peine déjà subie à ce jour, ou d'une peine à venir, sur l'évolution du trouble et sur la thérapie ?

Le succès d'une thérapie ambulatoire serait-il empêché ou fortement entravé?

3.6 Dans la mesure où les conditions d'âge sont données (question réservé aux jeunes adultes de moins de 25 ans): Du point de vue psychiatrique, un placement en maison d'éducation au travail (au sens de l'article 100bis CP) serait-il opportun ?

4. Questions supplémentaires

Veuillez également répondre aux questions complémentaires posées par Mme le Procureur général le 16 février 2004 (p. 4038) et celles posées par Me Jean-Luc Maradan le même jour (p. 4039).

5. Avez-vous d'autres remarques à formuler ? "

Des questions complémentaires ont été également posées à l'expert par Mme le Procureur général, le 16.2 2004, et par l'avocat du prévenu, Me Jean-Luc Maradan, à Fribourg, en date du 16.2.04.

Mme le Procureur général demande à l'expert :

" Au chapitre 2 (risque de récidive) du projet, je requiers que l'expert se détermine plus précisément sur le degré de dangerosité du prévenu ; il conviendrait qu'il développe la réponse 5 de l'expertise du 30 juin 1998."

L'avocat du prévenu demande à l'expert :

" **Ad 1 Responsabilité**

Pas de remarque.

Ad 2 Risque de récidive

A la connaissance du mandataire soussigné, le Dr Pauchard est un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Si tel est bien le cas, la réponse aux questions figurant sous ce chiffre devront être comprises comme émanant d'un tel spécialiste. Si, par contre, le Dr Pauchard dispose d'une qualification particulière en "*psychiatrie forensique*", il voudra bien le préciser. A moins que le terme "*psychiatrie forensique*" ne doive être compris qu'en relation avec le sujet à examiner et non en rapport avec une expérience particulière dans le domaine concerné.

Ad 3 Mesures

Pas de remarque.

Ad 4 Questions supplémentaires

Dans son expertise de 1998, le Dr Pauchard avait mis en relation, en page 7 (*pièce 4006*), l'état d'imprégnation alcoolique aiguë de l'exploré et sa réaction agressive à l'égard de son ami, liés semblerait-il à un sentiment

subit d'insécurité ("*A ce moment, il prend peur, il aurait paniqué, aurait remarqué que son copain avait "l'air méchant, les yeux méchants* " "). Si l'on examine les faits reprochés aujourd'hui à Monsieur Ciliberto, on ne peut s'empêcher de noter une certaine analogie (*imprégnation aiguë à l'alcool, réaction agressive apparemment sans raison*). Ce sentiment d'insécurité peut-il être mis en relation avec l'enfance et l'adolescence de l'exploré, marquées par un père alcoolique et violent (*pièce 4002 ss*) ?

D'autre part, par rapport à l'expertise de 1998 (*page 4008*) la sémiologie de la conscience a-t-elle évolué ?

De même, l'analyse faite à l'époque de la structure profonde de la personnalité de l'exploré, indiquant une composante narcissique et une composante immature, a-t-elle également évolué ?

Enfin, en page 12 de son expertise (*pièce 4011*), l'expert avait relevé que s'il y avait quelques traits caractériels, ceux-ci n'étaient pas prédominants. Cette situation a-t-elle également subi une évolution particulière compte tenu des faits reprochés aujourd'hui ?"

J'ai l'honneur de vous remettre ce jour l'expertise psychiatrique, qui se base d'une part sur l'analyse du dossier judiciaire que vous avez bien voulu me faire parvenir. Dans ce dossier figure déjà l'expertise psychiatrique en capacité pénale que j'ai eu l'occasion d'établir en date du 30.6.1998. Parmi les principaux documents contenus dans ce dossier, il faut citer l'expertise de psychiatrie judiciaire déposée le 28.8.2001 par le Service de psychiatrie judiciaire intégré de l'Université de Berne, ainsi qu'un rapport, du 9.3.2004, émanant du Service du patronage à Fribourg. Les rapports d'analyses toxicologiques, effectuées par le Laboratoire de toxicologie et de chimie forensiques de l'Institut universitaire de médecine légale de Lausanne, en date des 12.2.2004 et 17.3.2004, ont bien évidemment aussi été consultés de façon utile. En outre, la présente

expertise se base également sur les examens et les observations que l'expert a pu effectuer, en octobre 2002, concernant l'exploré, dans le cadre d'une expertise demandée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, expertise en capacité de travail établi le 30.11.2002; la nature spécifique de cette expertise rend, à mon avis, inutile d'en fournir livraison d'une copie dans le cadre de l'expertise actuelle en capacité pénale, mais l'expert se permettra d'y recourir à quelques reprises en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de Monsieur Ciliberto et la discussion des diagnostics notamment. Enfin et surtout, la présente expertise se base sur les examens et les observations que j'ai pu faire lors de deux entretiens en tête-à-tête avec l'exploré, à la Prison centrale de Fribourg, en date des 5.3.04 et 13.3.04. La durée totale des entretiens afin d'établir l'expertise a été de deux heures et demie. L'exploré m'a délié du secret professionnel pour l'établissement de la présente expertise.

Antécédents et délits

Les données essentielles concernant l'anamnèse familiale, l'anamnèse personnelle, ainsi que les anamnèses sur le plan systématique et médico-chirurgical, figurent dans l'expertise de 1998, aux pages 3 à 6. Pour la présente expertise, l'expert s'est principalement intéressé à l'anamnèse intermédiaire depuis 1998, tant en ce qui concerne les événements qu'en ce qui concerne les comportements de l'exploré. L'anamnèse actuelle, concernant les délits qui sont reprochés actuellement à l'exploré, a également été fouillée.

A titre de rappel, mentionnons que l'exploré a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 16 ans, de l'héroïne à l'âge de 21 ans, qu'il a effectué son service militaire sans problème particulier de 1988 à 1990, qu'il a présenté un comportement de type antisocial depuis 1992.

Il s'agit d'évoquer maintenant l'anamnèse intermédiaire, depuis l'été 1998 jusqu'à l'heure actuelle. En mars 1999, l'exploré a été condamné à une peine de 4 ½ ans de réclusion sous déduction des 166 jours de détention préventive. L'exploré a purgé sa peine à Bellechasse, puis à Carouge, puis à nouveau à Fribourg avant de terminer sa peine à Genève, puis à Witzwil. Il a attiré l'attention des établissements dans lesquels il avait été placé par un comportement de type oppositionnel, s'alcoolisant parfois, se montrant agressif verbalement et physiquement, fuguant. A plusieurs reprises durant les séjours en milieu carcéral, l'exploré aurait connu des moments de dépression intense, songeant même à se pendre. Il déclare que c'est sous l'effet de l'alcool qu'il devenait agressif, et aussi parce qu'il n'avait pas beaucoup de loisirs. Plusieurs sevrages ont été réalisés en milieu carcéral, depuis celui de la méthadone en septembre 1998, jusqu'à celui des benzodiazépines (une médication tranquillisante) en février 1999. A Bellechasse, tout comme à Witzwil, l'exploré a pu bénéficier d'un soutien psychologique, les entretiens "ayant aidé" selon l'exploré.

L'exploré est en semi-liberté depuis août 2001, bénéficiant d'une libération conditionnelle dès octobre 2001. Un degré d'invalidité de 100% a été reconnu dès le 1.2.98 par l'AI, puis à nouveau depuis le 1.8.2001. La libération conditionnelle se prolonge jusqu'en 2004. L'exploré est en contact avec le Service du patronage depuis 1998. La mission de ce service a été "de s'assurer qu'il maintienne une occupation, de l'aider à gérer son budget, de veiller à ce qu'il ne commette pas de nouvelles infractions et de contrôler son abstinence".

L'exploré déclare avoir coupé complètement avec le milieu de la toxicomanie de Fribourg. Avec son père, divorcé en 2003, demeurant toujours à Fribourg, l'exploré n'a "pas trop de contacts"; "on s'engueule après une minute de discussion", déclare l'exploré. L'exploré déclare qu'il "a vu les dégâts" que l'alcool pouvait produire, se référant au comportement de son père durant son enfance et son adolescence. Il estime que, s'il est "plus ou moins génétiquement marqué" par son père sur le plan de la consommation d'alcool, il a toujours voulu " au contraire de son père" ne pas faire du tort aux autres. L'exploré est en contact assez régulier avec sa sœur, qui s'est mariée en

1998, et qui est devenue mère d'un fils en 2000. La sœur de l'exploré, active à 100% professionnellement, semble être investie par l'exploré de façon assez ambiguë, tantôt comme "l'unique être" qui lui reste, tantôt comme une personne qui n'en fait pas assez pour lui. L'exploré est d'autre part, depuis février 2002, dans une relation affective hétérosexuelle avec une femme de 41 ans, mère de deux enfants, relation qui comporte selon les dires de l'exploré, "beaucoup de hauts et de bas"; des disputes éclatent dans le couple, notamment à cause des alcoolisations de l'exploré; d'autre part, souligne l'exploré, l'amie n'aurait "pas toujours été correcte". L'exploré désire toutefois poursuivre cette relation, qui est "plus qu'une amitié", pensant même "fonder quelque chose ensemble". Avant sa détention actuelle, l'exploré habitait en fait seul dans un studio, passant de temps en temps des parties de la journée ou des soirées chez son amie, qui n'a pas de contact avec le milieu de la drogue.

Depuis 1998, l'exploré a évoqué une histoire d'abus sexuel pratiqué sur sa personne, soit des attouchements effectués par un responsable du club de football où il jouait, attouchements survenus alors que l'exploré aurait eu environ 15 ans. L'exploré déclare qu'il "a fait du bruit sur cette affaire, du tort, qu'il a trop parlé". Actuellement, l'exploré estime qu'il a "classé l'affaire", qu'il ne veut plus en parler.

Sur le plan médical, l'exploré a interrompu vers le milieu de l'année 2003 un contact plus ou moins régulier qu'il avait avec un médecin somaticien de Fribourg, n'ayant "plus envie de le voir", "n'en voyant pas le sens". Vers la même période de 2003, l'exploré interrompt également un traitement d'ordre psychiatrique et psychothérapeutique, entrepris auprès du Service psychosocial de Fribourg, car, précise l'exploré, "le traitement n'apportait rien", l'exploré ne se sentant "pas aidé" et "n'ayant pas de retour" dans la discussion avec son médecin sur le plan psychiatrique. Bien que les praticiens aient proposé à l'exploré à plusieurs reprises une médication, notamment antidépressive, l'exploré n'a jamais accepté une telle médication, parce qu'il se sentait "très vulnérable", c'est-à-dire qu'il craignait, par le biais de la médication, de se rendre à nouveau dépendant d'un médicament. L'exploré sent qu'il "n'arriverait pas à gérer" une

quelconque médication. L'exploré se plaint d'une "affection du scrotum", celle-ci paraissant plutôt être, à l'interrogatoire, un problème lié à une fistule du coccyx.

L'évolution des troubles de l'exploré sur le plan psychique, tels qu'ils avaient été diagnostiqués en 1998, ainsi que les résultats des thérapies effectuées depuis cette date, peuvent être résumés de la façon suivante, en se basant surtout sur l'expertise de psychiatrie judiciaire du 28.8.2001 et sur le rapport du Patronage du 9.3.2004. D'une part, des épisodes dépressifs sont survenus; d'autre part, la polytoxicodépendance aurait évolué de façon relativement positive, même si l'exploré ne peut pas être considéré comme guéri de cette pathologie. En effet, l'exploré a consommé pour ainsi dire quotidiennement du cannabis, et ressent toujours occasionnellement un besoin ou une envie d'une drogue. Mais il est demeuré abstinent en ce qui concerne la méthadone et l'héroïne par exemple, et il reconnaît et verbalise ses difficultés par rapport à la dépendance, se méfiant même des médicaments qui pourraient l'amener à une rechute. Cette attitude réaliste quant à la dépendance permet de considérer que l'exploré a effectué quelques progrès dans ce domaine. La consommation d'alcool a semblé toutefois rester problématique, comme nous le verrons plus en détail dans la partie examinant le statut clinique. Sur le plan de la personnalité, l'anamnèse intermédiaire, avec les passages à l'acte agressifs, les fugues, la difficulté de supporter les frustrations, les menaces de mort ou de représailles à l'encontre de quasiment tout son environnement relationnel, nous semble de plus en plus marquée par les dominantes narcissique, immature et caractérielle que nous avions mises en évidence dans l'expertise de 1998. Par la répétition des mêmes mécanismes de la personnalité, par la rigidité, voire la stéréotypie, du recours à des agirs pathologiques, à une mauvaise gestion des pulsions et à un mode de relations interpersonnelles toujours immature, de même que par la présence de symptômes tant sur le plan du comportement que sur le plan de l'activité psychique basale (les oscillations de l'humeur, les phases de dépression, les propos projectifs et de type persécutoire), la structure de personnalité de l'exploré nous paraît bien être restée sur un mode d'aménagement pathologique et constituer un trouble profond de la personnalité, dont la genèse, les caractéristiques et

les perspectives évolutives ont été posées dans l'expertise de 1998, aux pages 11 à 14 notamment.

En ce qui concerne les délits actuellement reprochés à l'exploré, il s'agit d'événements survenus le 2.2.2004. Après avoir fumé du chanvre et bu une ou deux bouteilles de vin rouge, après avoir également ingéré un demi-comprimé de Valium, une benzodiazépine, l'exploré aurait, peut-être à propos d'une dette d'un montant de fr. 120.-, proféré des menaces de mort à un ami, puis, alors que l'ami essayait de maîtriser l'exploré, celui-ci, en possession d'un couteau, se serait libéré et un coup de couteau aurait abouti sous l'oreille gauche de l'ami; des tentatives de porter des coups dans le ventre de l'ami aurait également été faites. L'ami de l'exploré est décrit par celui-ci comme un "chic gaillard", connu en milieu pénitentiaire, et auquel l'exploré n'aurait "absolument rien à reprocher". Les forces de l'ordre ayant été averties, l'exploré ouvre la porte de son studio aux gendarmes, se laisse emmener, comprenant à ce moment, par une sorte de "déclic", que "quelque chose de grave" s'était passé avec lui et son copain. L'exploré précise que, depuis le moment où sa montre serait tombée, bien avant les coups de couteau, il ne se "souvient de rien" jusqu'au coup de sonnette des gendarmes. L'exploré conteste tout d'abord avoir utilisé un couteau, puis déclare qu'il "ne pense pas" que c'est lui qui a frappé; il déclare qu'il "ne peut pas expliquer". L'exploré reconnaît qu'il était sous l'effet d'une "forte alcoolisation", mais il répète qu'il ne se souvient pas d'avoir pris un couteau, d'avoir donné un coup, d'avoir menacé l'ami de le tuer. Lors des entretiens avec l'expert, donc avec un peu de recul, l'exploré ne se reconnaît toujours aucun motif d'avoir frappé son ami, n'arrive toujours pas à expliquer son acte autrement que par le fait qu'il aurait été "dépassé" dans la situation délictueuse à cause de l'alcool.

Examens et observations

L'exploré est un homme de 35 ans, d'un poids corporel de 70 kg pour une taille de 172 cm, sans signe dysplasique net, se montrant coopérant, étant, lors du premier entretien, dans un état d'inhibition dépressive assez marquée, se présentant, lors du second

entretien, dans un état thymique amélioré. Lors des entretiens, l'exploré n'est pas sous l'effet d'une médication. Il ne fait état d'aucune plainte spontanée sur le plan somatique, se plaignant psychiquement d'avoir "le moral en bas", d'être "lessivé", constatant en outre "qu'aucun projet n'aboutit".

L'impression générale est celle d'un individu quelque peu ralenti, découragé, centré sur sa propre situation.

Sémiologie comportementale : l'exploré tient un discours rationaliste un peu lénifiant, sans connotation persécutoire ni projective, avec une réaction au contact allant dans le sens de la confiance. L'affect de base est de type dépressif, avec une mauvaise image de soi-même. La mimique est ralentie, peu mobile mais adéquate. L'exploré a un appétit, de même qu'un sommeil, relativement dans les normes. La psychosexualité est décrite comme subjectivement sans problème, objectivement sans signe d'une déviation d'objet ni de but. Les contacts interpersonnels sont rares, l'exploré les évitant de son propre gré. La relation affective hétérosexuelle qui dure depuis deux ans semble relativement peu investie, l'exploré cherchant, semble-t-il, surtout un soutien et se représentant l'avenir de la relation sur un mode quelque peu idéalisé, alors que, concrètement, la relation semble surtout marquée par de l'ambivalence et des heurts, parfois physiques. Les loisirs sont pauvrement structurés, de type solitaire, avec des promenades dans la nature avec le chien, et de longs séjours devant le poste de télévision. Sur le plan de l'activité professionnelle, l'exploré n'a pas d'objectif bien précis, sentant qu'il n'est "pas bien d'être inoccupé", mais ayant été peu régulier dans son activité auprès de la Communauté d'Emmaüs, le dernier contact avec cet employeur datant de décembre 2003. Le comportement de type antisocial a été relativement fréquent depuis 1998, avec notamment des altercations avec des voisins, des menaces de mort, des comportements violents, des accusations contre diverses personnalités, une contravention à la Loi fédérale sur les stupéfiants, une procédure pénale classée en novembre 2002 par un retrait de plainte. En décembre 2002, l'exploré a fait l'objet d'un avertissement (révocation de la libération conditionnelle).

Sémiologie comportementale concernant les habitudes de consommation de produits potentiellement toxicomanogènes: l'exploré insiste fréquemment, à ce sujet, sur les efforts qu'il a faits, depuis 1998, pour demeurer abstinent. Ces efforts n'auraient pas, selon lui, été assez reconnus. Il semble objectif de dire que, depuis six ans, l'exploré a été abstinent des drogues dures, telles que l'héroïne, la cocaïne, la méthadone. S'il ne consomme plus régulièrement de médication tranquillisante, comme des benzodiazépines, l'exploré admet toutefois qu'il lui arrive, "à une ou deux reprises par année", de consommer des comprimés de benzodiazépines, comprimés qui lui seraient en général remis par des "connaissances"; la consommation épisodique d'une telle médication permettrait à l'exploré "de se libérer un peu, de parler de tout". Le jour du délit, l'exploré aurait ainsi, vers 11 heures, consommé un tel produit pour pouvoir converser avec ses deux copains, dont l'un recevrait un peu plus tard un coup de couteau de sa part. Concernant le chanvre, l'exploré reconnaît qu'il en a consommé tous les jours depuis 1998; la consommation aurait toutefois fortement baissé, car les prix "ont flambé". La consommation du chanvre apportait à l'exploré "la tranquillité intérieure, la sérénité, la clairvoyance, la capacité d'anticiper", l'exploré précisant que, sous cannabis, il a toujours "gardé les pieds sur terre". Il se déclare actuellement "déterminé d'arrêter la consommation". Lors des entretiens pour l'établissement de l'expertise, à la Prison centrale, l'exploré est abstinent de cannabis et d'alcool. Lors du sevrage, survenu en prison, l'exploré n'aurait présenté aucun symptôme significatif sur le plan physique, n'ayant pas non plus reçu une quelconque médication substitutive ou préventive du manque. La consommation d'alcool de l'exploré semble avoir été en augmentation durant les premières années depuis 1998, pouvant atteindre, environ trois fois par semaine selon les dires de l'exploré, une quantité de dix litres de bière ou de trois ou quatre bouteilles de vin rouge. Si la consommation n'était pas quotidienne, l'exploré explique qu'il s'agissait pour lui de "ménager son foie", le manque d'argent pour acheter les boissons jouant, semble-t-il, également un rôle important. L'exploré consommait essentiellement l'alcool de façon solitaire, "pour fuir la réalité, pour dormir quelques heures". Selon l'exploré, le côté pesant de la réalité consiste en "deux choses", à savoir le décès de sa mère, en 1995, et le meurtre commis en 1998. Si l'exploré ne s'attarde pas particulièrement sur son vécu concernant le meurtre, il détaille que, concernant le décès

de sa mère, il se sent coupable "d'avoir fait beaucoup de mal", de ne "plus pouvoir réparer". Après les alcoolisations massives, l'exploré essayait de se rétablir avec des repas équilibrés, s'il pouvait se les payer, ou avec un verre d'Ovomaltine; il éprouvait aussi un certain soulagement de constater "qu'un jour est passé". En novembre 2002, l'exploré s'est rendu de façon volontaire à l'Hôpital psychiatrique de Marsens pour y subir un sevrage alcoolique, après avoir, en état alcoolisé, eu une altercation avec un voisin; après une hospitalisation de treize jours, l'exploré aurait tenu quelques mois sans consommer, pouvant à cette occasion reprendre contact avec son travail à Emmaüs. Par rapport à l'alcool, l'exploré se propose actuellement de se soumettre à une thérapie, d'accepter des contrôles, de prendre une médication aversive de l'alcool, voulant se "prouver" qu'il arrive à rester abstinent.

Sémiologie de l'activité psychique basale (sémiologie de la conscience): la vigilance, les orientations, les mémoires ne sont pas perturbées de façon significative actuellement ; l'exploré se souvient ainsi notamment, par exemple, de certains propos qu'il a tenus ou que l'expert a tenus lors des expertises précédentes. Le fonds intellectuel et mental, notamment les praxies et les gnosies, sont conservés, ainsi que le démontrent les tests neuropsychologiques sommaires pratiqués par l'expert avec l'exploré, et paraissent dans les normes compte tenu de l'âge et de l'environnement socioculturel de l'exploré. Lors des entretiens, les facultés de jugement et de tester la réalité paraissent également conservées, alors que la capacité de mentalisation (prise de conscience des ressentis intérieurs) est diminuée. Le cours et le contenu de la pensée, s'ils ne sont pas grossièrement perturbés, présentent quelques traits pathologiques, comme des réponses inappropriées, un relâchement des associations, une tendance à rationaliser, à émettre des propos et des analyses quelque peu superficielles et redondantes. Si la pensée de l'exploré n'est pas incohérente, elle apparaît appauvrie, manquant d'une capacité de synthèse, se restreignant à quelques thèmes, comme les efforts de demeurer abstinent, les promesses pour suivre des contrôles thérapeutiques et le désir de continuer de bénéficier d'une libération conditionnelle. La sphère des troubles de type névrotique, de même que le domaine des troubles éventuels de la perception, ne révèle aucun élément pathologique significatif : il n'y a notamment ni trouble interprétatif, hallucinatoire ou

délirant, tout comme il n'y a pas d'indice d'une dépersonnalisation, d'un sentiment d'étrangeté ni d'un syndrome d'influence. Affectivité et thymie : subjectivement, l'exploré se plaint d'être "déprimé depuis vingt ans", d'un sentiment d'inutilité, d'une baisse du dynamisme, de l'initiative et de l'entrain; il se sent en outre freiné dans ses tentatives de prendre des contacts, de concrétiser des projets; objectivement, il existe actuellement un ralentissement psycho-idéo-moteur d'intensité modérée, avec un sentiment d'à-quoi-bon, une disparition de la capacité d'un vécu agréable, un certain défaitisme face aux "nouveaux problèmes" (comprendre : les actes délictueux qui lui sont actuellement reprochés). Si la suicidalité n'est pas manifeste actuellement, on peut noter une nette diminution de l'estime de soi, une disposition à la labilité thymique, un état d'inquiétude intérieure.

Dans les propos que l'exploré émet, sur demande de l'expert, à propos de sa personnalité et des projets qu'il aurait, l'exploré insiste sur le succès, pour lui, d'être demeuré abstinent des drogues dures depuis six ans; il aimerait s'intégrer davantage, dans le monde du travail et des relations, reprendre une activité à mi-temps auprès d'Emmaüs, promener son chien l'autre mi-temps, suivre une psychothérapie hebdomadaire, devenir abstinent de tout, l'alcool, le chanvre, la cigarette. Il se sent pourtant "vide", "à plat", ne voyant pas vraiment comment éviter "les souffrances".

L'analyse de la structure profonde de la personnalité de l'exploré, analyse menée selon une optique psychanalytique (psychodynamique), recouvre de façon importante l'analyse détaillée donnée dans l'expertise de 1998, notamment aux pages 11 et 12; en résumé, les composantes narcissique, immature et caractérielle ressortent toujours de façon marquée, constitutive et significative dans l'établissement de la structure de personnalité. On peut ainsi remarquer la pérennité globale de la structure dans le type d'angoisse intrapsychique, dans le mode de relations objectales, dans les mécanismes adaptatifs et défensifs, de même que dans les traits de caractère. Par rapport à 1998, on peut toutefois relever quelques différences ou évolutions. Parmi les mécanismes intrapsychiques adaptatifs et défensifs déjà cités en 1998, on peut relever l'augmentation relative des mécanismes de type archaïque, comme les projections par exemple, de

même qu'une augmentation des agirs et des comportements sur le mode du défi, ces deux derniers mécanismes étant devenus prédominants ces dernières années. L'angoisse profonde, sous-jacente, a conservé la forme d'une angoisse de solitude, manifestant également toujours l'aspect narcissique de la structure profonde de la personnalité dans le fait qu'il y a maintenant une grande angoisse de ne pas arriver à s'en sortir, à trouver un sens à la vie et aux événements. Le mode de relations interpersonnelles (relations objectales) conserve la marque de l'immaturité, de la dépendance, mais il semble que l'exploré vit de plus en plus l'autre comme un persécuteur et soi-même comme une victime. Cet élément signale une régression accentuée du niveau de fonctionnement global de la personnalité, un renfermement sur soi-même, une difficulté accrue à s'identifier à l'autre et à faire preuve d'empathie constructive. Dans le domaine des aménagements pulsionnels, on relève toujours la même difficulté en ce qui concerne les pulsions narcissiques, difficultés à s'auto-valoriser, à s'auto-rassurer, alors que, actuellement, les conduites assez positives que l'exploré pouvait concevoir pour dépasser un état de régression font défaut. Depuis 1998, à de nombreuses reprises, l'exploré a été confronté à des émotions, à des situations pouvant le toucher qu'il n'a pas pu gérer ni contrôler, d'où les débordements agressifs, débordements encore accentués lors d'alcoolisations.

Les modifications observées en ce qui concerne les caractéristiques de la personnalité de l'exploré sont bien évidemment liées à un nouveau contexte, d'une part la situation de libération conditionnelle, d'autre part la poursuite de l'abstinence des drogues dures, enfin, et probablement dans une mesure très importante, la péjoration de la situation en ce qui concerne le comportement alcoolique. Les modifications observées ne changent en rien d'une part le type de structure propre à l'exploré, d'autre part le fait que la structure de personnalité de l'exploré reste aménagée sur un mode pathologique, constituant un trouble de la personnalité. L'évolution de l'exploré eu égard à la structure de personnalité peut être décrite et synthétisée par trois phénomènes principaux. La première chose à signaler est celle que, l'exploré n'étant plus sous l'effet des drogues dures, il s'est trouvé par conséquent davantage confronté à sa fragilité, à son "vide", c'est-à-dire à ses manques relevant de l'incomplétude narcissique et de l'immaturité; il

s'est ainsi trouvé de façon plus permanente qu'auparavant confronté à sa position dépressive connue de longue date, à sa gestion insuffisante des émotions et des événements, ce qui a entraîné des évitements, des blocages, des régressions, des indécisions. Le deuxième phénomène à signaler, également lié à l'abstinence des drogues dures, mais survenu surtout suite aux entretiens et au soutien psychologique que l'exploré a reçu lors de sa détention, consiste à constater que le Moi de l'exploré perçoit dans un sens davantage et plus lucidement la réalité extérieure et intérieure, mais aussi et parallèlement il perçoit mieux ses incapacités et les dégâts psychiques occasionnés par la polytoxicomanie; si, dans un sens, il a pu être aidé et progresser un peu, le manque de constance, le manque de ressources positives de la personnalité, l'incapacité de gérer les émotions et les conflits ont amené l'exploré à développer de "mauvaises solutions" à ses difficultés, à savoir le recours à l'alcool pour combler les manques et le recours à des agirs pathologiques pour décharger les insatisfactions pulsionnelles incontrôlables. On aboutit ainsi à la troisième constatation, la plus importante par rapport à l'évolution de l'exploré ces dernières années, à savoir l'augmentation des mécanismes de type caractériel, l'aggravation de la régression avec un renfermement accru sur soi, l'installation d'un comportement de plus en plus pathologique.

En résumé et de façon simplifiée, depuis 1998, l'exploré est demeuré abstinent des drogues dures, mais il présente un gros problème d'alcool; le Moi de l'exploré est devenu un peu moins infantile, mais il est davantage dépressif; la personnalité de l'exploré présente un trouble qui est allé en s'aggravant, les dimensions narcissique et immature demeurant incomplètes et dysfonctionnelles, avec une dimension caractérielle prenant une importance pathologique prédominante, alors que, auparavant, elle avait pu être considérée comme secondaire.

En conclusion, l'exploré présente toujours une structure de personnalité du type état-limite bas, à savoir une personnalité associant une incomplétude narcissique, une immaturité et une caractériopathie. Du fait de l'aménagement durable de la personnalité sur ce mode état-limite bas, du fait du dysfonctionnement constant du psychisme de

l'exploré sur ce mode caractériel, immature et narcissique, avec une production de symptômes dans les domaines de la dépression et du comportement entre autres, nous pouvons réaffirmer la présence d'un trouble de la personnalité chez l'exploré, ce trouble de la personnalité s'étant aggravé depuis 1998.

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'une polypathologie psychiatrique. Il s'agit avant tout d'un trouble dans sa santé mentale, à savoir d'un trouble grave de la personnalité (ou personnalité pathologique), qui est une personnalité avec une structure de type état-limite bas, caractérisée par une caractériopathie, des failles narcissiques et une immaturité. L'exploré présente en outre un état dépressif, récurrent, dont l'intensité actuelle peut être qualifiée de modérée, en fonction du degré de ralentissement psycho-idéo-moteur, d'une baisse de l'estime de soi, d'un état régressif de renfermement sur soi et d'apraxie; dans le cadre de cette évolution dépressive, il n'y a pas actuellement de symptômes somatiques, mais quelques symptômes de type psychotique, comme les sentiments d'inutilité et une légère dispersion idéique. L'exploré présente en outre une dépendance au cannabis, ayant comporté une consommation quotidienne de cannabis, depuis de nombreuses années, ainsi qu'un handicap du fonctionnement social lié à l'utilisation de la substance toxique, comme par exemple la perte d'intérêt marquée pour des activités de type social ou professionnel; il n'y a pas actuellement, ni dans l'anamnèse récente, d'épisode d'un trouble délirant lié au cannabis. Actuellement, l'exploré est en abstinence forcée du cannabis.

L'exploré présente en outre un trouble du comportement important lié à l'alcool, sous la forme d'une dépendance, en tout cas psychologique, à l'alcool, avec des phases d'alcoolisations abusives épisodiques, fréquentes, de l'ordre de trois fois par semaine environ; on ne peut établir avec certitude l'existence d'un état de dépendance physique chez l'exploré, l'exploré n'ayant semble-t-il jamais présenté de symptômes de sevrage

liés au manque de la substance; toutefois, une dépendance partielle pourrait exister, au vu du phénomène de la tolérance observée, à savoir que l'exploré "supporterait" des doses de plus en plus élevées d'alcool. L'imprégnation chronique à l'alcool que l'exploré présente est en augmentation progressive depuis 1997, mais n'implique pas, pour l'instant, de conséquences déficitaires sur le plan psycho-cognitif, tout comme elle n'a pas entraîné non plus, pour l'instant, d'accident délirant ou onirique massif.

L'exploré est abstinent de drogues dites dures depuis six ans.

La genèse, polyfactorielle, des troubles psychiques présentés par l'exploré, notamment le trouble de la personnalité et la polytoxicomanie grave, a été détaillée dans l'expertise de 1998, aux pages 12 à 15 notamment. On peut se contenter de préciser ici que ce qui doit être considéré comme le trouble primaire chez l'exploré, c'est le trouble de la personnalité, à savoir une personnalité pathologique de type état-limite bas, qui s'est développée dès l'enfance et qui s'est établie en un aménagement pathologique dès la seconde adolescence. Depuis 1998, la caractéristique principale de ce trouble de la personnalité est que les composantes caractérielles de la personnalité sont devenues prédominantes dans la façon dont la personnalité s'est aménagée, alors que les composantes narcissiques et infantiles, tout en demeurant très marquées, sont actuellement quelque peu en retrait du point de vue pathologique. La polytoxicomanie de l'exploré peut donc être considérée comme secondaire à la pathologie psychiatrique de la personnalité; dues à la longue période d'abus de substances psychoactives, des séquelles psychiatriques durables existent chez l'exploré, au premier rang desquelles il faut signaler l'évolution dépressive récurrente, mais aussi l'installation d'un mode de consommation pathologique de l'alcool, avec péjoration progressive et survenue d'un état de dépendance psychologique et physique partielle. L'évolution dépressive, de même que la pathologie liée à l'alcool, sont à considérer comme les conséquences d'une part d'une décompensation de la personnalité, d'autre part comme la séquelle psychiatrique durable d'un état de pharmaco-dépendance avérée durant de nombreuses années aux drogues dures.

Fort significatives également, quant à la pathologie de l'exploré ces dernières années, sont les observations faites par le Service du patronage. Il semble en effet que, à partir de 2001, l'exploré a commencé "à fausser sa vision des choses"; il se serait de plus en plus enfermé "dans une position de victime", tenant "des propos violents contre tous ceux qui l'entourent", proférant des "menaces graves envers son entourage". On signale également à son sujet "des périodes de crise, accompagnées d'actes de violence, de menaces et d'idées paranoïaques". Selon les observations du Patronage, l'exploré se serait "construit tout un système de valeurs qu'il place bien au-dessus des lois pour justifier tous les dérapages". Force est de constater que, lors des entretiens en vue de l'établissement de l'expertise, l'exploré n'a pas tenu de tels propos et que l'expert n'a pas observé non plus ni les idées paranoïaques, ni les rationalisations ou les extériorisations de l'exploré en vue de se constituer, de façon paralogique, un système faussé des valeurs. Les observations du Patronage gardent toutefois toute leur pertinence, au vu de deux considérations particulières. D'une part, lors des entretiens pour l'établissement de l'expertise, l'exploré était en détention préventive, abstinent de tous produits, ce qui n'était de loin pas le cas lors des observations répétées faites par les collaborateurs du Service du patronage. D'autre part, compte tenu de la structure de personnalité, structure fortement pathologique, et de l'état d'imprégnation chronique alcoolique avec des alcoolisations abusives, il n'est pas étonnant de constater, dans une telle constellation pathologique, chez l'exploré, de manière probablement très fréquente voire habituelle, la présence de signes à la fois d'une destructuration ou décompensation de la personnalité et d'une intoxication alcoolique; ces signes sont ceux auxquels il faut s'attendre lorsqu'une personnalité pathologique de type état-limite bas se trouve en situation de difficultés, c'est-à-dire qu'il y a des passages à l'acte, des moments de crises dépressives, avec renfermement sur soi, des propos projectifs, menaçants, des pertes de contrôle. Les signes pouvant être liés à des alcoolisations abusives sont fortement analogues, comme les passages à l'acte, les idées de type persécutoire, les projections massives sur l'entourage, la déresponsabilisation. On voit ainsi que soit la péjoration caractérielle de la pathologie de la personnalité, soit l'augmentation de la consommation d'alcool ont concouru à produire le même type de symptômes, l'un des troubles potentialisant les effets négatifs de l'autre, le tout menant à une détérioration psychique, à un

affaiblissement du Moi, à une mise en veilleuse des ressources du Moi pouvant être utilisées de façon constructive.

Au moment des faits qui lui sont reprochés, le 2.2.2004, l'exploré présentait aussi une polypathologie psychiatrique, à savoir un trouble grave de la personnalité, un état dépressif chronique, un état d'imprégnation habituel au cannabis, ainsi qu'un état d'alcoolisation aiguë. Selon les analyses toxicologiques, le taux d'alcool de l'exploré au moment critique était d'au moins 2,04 o/oo; la découverte dans les échantillons biologiques, outre d'alcool, d'une substance active du cannabis et d'un métabolite d'une benzodiazépine n'est pas surprenante et confirme les propos de l'exploré quant à sa prise de substances au moment des faits.

L'intoxication alcoolique semble de première importance pour la discussion de la capacité pénale. Il conviendrait ainsi de savoir si l'exploré aurait pu présenter un état d'intoxication pathologique, ou ivresse pathologique, ou ivresse idiosyncrasique; dans un tel cas, une irresponsabilité pourrait être retenue. Les caractéristiques d'une ivresse pathologique sont que celle-ci s'étale sur plusieurs heures, qu'elle entraîne une désinhibition massive de l'individu, qu'elle survient ponctuellement après la consommation d'une quantité minime d'alcool, que l'individu, pour des raisons biologiques, ne supporte pas. Il faut bien admettre que tel n'est pas le cas chez l'exploré, qui présente des alcoolisations massives, après avoir ingéré des quantités extrêmement importantes de liquide alcoolique. En outre, l'état de désinhibition dans lequel se trouve l'exploré après une alcoolisation massive n'est pas à proprement parler inhabituel pour lui, puisque, même s'il n'est pas trop alcoolisé, sa structure de personnalité, comme les antécédents le prouvent, l'amène fréquemment à des "dérapages", que ce soit sur le plan verbal ou sur le plan gestuel. L'intoxication alcoolique aiguë dans laquelle l'exploré se trouvait le 2.2.2004 peut donc être considérée comme une ivresse "simple", c'est-à-dire non pathologique au sens précisé ci-dessus, à savoir que l'exploré se trouvait dans la phase d'excitation psychomotrice liée à l'ingestion d'alcool, avec probablement aussi un état d'incoordination motrice débutant.

De ce fait, l'acte délictueux peut être considéré comme relevant avant tout de l'état d'ivresse excito-motrice dans lequel se trouvait l'exploré après ingestion massive d'alcool, état dans lequel le dysfonctionnement psychique de sa personnalité pathologique le plonge fréquemment. L'état dépressif, la consommation de cannabis et d'une dose faible d'une benzodiazépine ne semblent pas être intervenus pour beaucoup dans le déterminisme de l'acte délictueux.

L'acte délictueux lui-même frappe par son côté imprévisible, se déroulant sans mobile particulièrement marquant, s'inscrivant dans la continuité d'un état d'ivresse avec incoordination motrice et amnésie.

En ce qui concerne la capacité pénale, la situation de l'exploré au moment des faits est proche d'une situation de suppression de ladite capacité pénale; la polypathologie psychiatrique présentée par l'exploré n'est toutefois pas de celle qui entraîne ipso facto une irresponsabilité; l'exploré, bien que très perturbé, n'est pas dans un état d'arriération mentale, ni dans un état cognitif déficitaire, ni dans un état onirique ou délirant, ni dans un état de psychose dissociative ou schizophrénique. On ne peut pas non plus retenir chez lui un état d'ivresse pathologique, comme nous l'avons vu ci-dessus. Le trouble grave de la personnalité, l'état d'ivresse excito-motrice avec incoordination, présents au moment des faits, ne permettent pas d'opter pour la suppression de la responsabilité pénale, mais amènent à considérer que soit l'intelligence ou la conscience que l'exploré pouvait avoir du caractère illicite des actes, soit sa liberté de décision pour se déterminer d'après l'appréciation du caractère illicite des actes ont été réduites au moment des actes, dans une mesure que l'on peut qualifier de forte, voire très forte.

Ainsi, compte tenu de l'aspect fortement dysfonctionnel de la personnalité pathologique de l'exploré (avec, au premier plan, des agirs et des impulsions caractérielles), compte tenu également de l'importance de l'imprégnation alcoolique aiguë, la responsabilité de l'exploré a été, au moment des actes, partiellement restreinte, dans une mesure forte à très forte.

Les considérations de l'expert à propos du pronostic évolutif de la polypathologie psychiatrique de l'exploré, à propos des mesures d'ordre thérapeutique que l'on peut préconiser, de même qu'au sujet de la dangerosité, figurent dans les réponses aux questions spécifiques.

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

1.

1.1 Non.

Les raisons pour lesquelles on ne peut pas, chez l'exploré, retenir une suppression de la responsabilité pénale, au sens de l'art. 10 CP, ont été évoquées ci-dessus (cf. pages 21-22).

1.2 Au moment des actes reprochés, commis le 2.2.2004, l'expertisé souffrait d'une polypathologie psychiatrique, à savoir au premier plan un trouble de la personnalité ou personnalité pathologique de type état-limite bas, avec une caractériopathie, des failles narcissiques et une immaturité; il présentait également une intoxication alcoolique aiguë, soit une ivresse excito-motrice avec début d'incoordination motrice. Il souffrait également d'une dépression chronique, récurrente, ainsi que d'une dépendance au cannabis. 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.

Le trouble grave de la personnalité et l'état d'intoxication aiguë à l'alcool étaient de nature telle qu'ils empêchaient l'expertisé d'apprécier pleinement le

caractère illicite de ses actes, de même que sa capacité de se déterminer d'après cette appréciation (art. 11 CP). En vertu des critères fondés sur la psychopathologie, la diminution de la responsabilité doit être considérée comme forte ou grave, voire très forte.

2.

2.1 La question de savoir si l'exploré présente un risque élevé de commettre de nouvelles infractions revient à évaluer la dangerosité de celui-ci. Depuis 1998, on peut tout d'abord constater que l'exploré a multiplié les antécédents judiciaires, de même que les passages à l'acte, les menaces, les comportements inadaptés. Le Service du patronage a relevé à plusieurs reprises (novembre 2002, septembre 2003, mars 2004), soit la crainte "d'un acte grave", soit l'aspect "dangereux et psychologiquement profondément perturbé" de l'exploré. En 1998, dans l'expertise du soussigné, on a fait dépendre la dangerosité d'une part de la stabilisation éventuelle de la personnalité de l'exploré, d'autre part de la capacité de celui-ci de rester abstinent des toxiques, alcool compris.

Au vu de l'évolution des dernières années, il faut affirmer à nouveau que le risque de voir l'exploré commettre de nouvelles infractions n'est pas du tout formellement exclu, que ce risque est même plus élevé maintenant qu'auparavant, qu'il peut être estimé comme un risque important de commettre de nouvelles infractions, dans la mesure où l'abstinence, notamment à l'alcool, n'a pas pu être réalisée, dans la mesure également où le versant caractériel de la personnalité a pris le devant en ce qui concerne de nombreux comportements et attitudes. Autrement dit, puisque durant les six dernières années, l'exploré n'a pas pu maintenir l'état d'abstinence ni renforcer ou stabiliser suffisamment sa personnalité, et qu'il a en outre présenté à de nombreuses reprises un comportement potentiellement dangereux, il faut émettre un pronostic

13047

défavorable quant à l'évolution de la dangerosité potentielle, de même que de la dangerosité quant aux passages à l'acte.

La dangerosité potentielle, ou dangerosité liée aux troubles psychiques constatés, peut être considérée comme plus importante qu'en 1998, du fait de la régression affective du sujet et du fait des modifications caractérielles de sa personnalité, avec des troubles du comportement pouvant aller potentiellement de l'explosivité impulsive jusqu'aux coups et blessures. La dangerosité quant aux passages à l'acte peut également être considérée comme élevée, en augmentation par rapport à 1998, ceci du fait d'une péjoration du comportement alcoolique de l'exploré, avec de fréquentes alcoolisations massives, l'abstinence alcoolique n'ayant pu être garantie que sur de courtes périodes. En outre, du fait de l'état d'imprégnation alcoolique quasiment chronique de l'exploré, certaines dispositions caractérielles de l'exploré sont exacerbées, allant notamment dans le sens d'une projection revendicatrice ou d'une atteinte persécutoire.

2.2 Les futures infractions que l'exploré pourrait commettre sont sans aucun doute les mêmes que celles qu'il a déjà commises. Quant à la probabilité de commettre de telles infractions, on peut faire deux remarques. La première consiste à relever que le meilleur indicateur du risque d'une récidive dans les infractions est constitué par la fréquence et le type des antécédents judiciaires; la probabilité que l'exploré commette donc des actes de violence tels que ceux qu'il a déjà commis doit être considérée comme forte. Pour la deuxième remarque, il convient d'analyser les prédicteurs de la dangerosité psychiatrique, qu'ils soient liés à l'enfance du sujet, aux antécédents criminels, à l'état mental, au mode de vie et aux attitudes sociales, à la situation pré-criminelle, à la prise en charge éventuelle, aux victimes virtuelles. En évaluant ces indicateurs, d'une part selon le "protocole d'évaluation HCR-20" de Webster et, d'autre part, selon "l'échelle de psychopathie" de Hare, nous pouvons constater que l'exploré

présente dans tous les cas des scores élevés, corrélés avec un récidivisme probablement important. Deux considérations méritent d'être relevées toutefois: la première chose est que la prédiction de la dangerosité est, par ce type de tests, confrontée à une proportion importante, de l'ordre de 65 à 86%, de faux positifs, ce qui constitue une surestimation du risque individuel; la deuxième remarque ne concerne pas seulement les tests, mais l'ensemble du concept de dangerosité, qui peut être contesté dans la mesure où ce concept a une faible valeur prédictive, le pronostic d'un passage à l'acte violent étant particulièrement incertain et devant laisser la place à l'inattendu, à l'aléatoire, à l'influence du milieu.

3.

3.1 Comme établi dans le corps de l'expertise, il existe un lien de causalité entre les délits reprochés à l'exploré et à la fois le trouble profond de la personnalité et l'état d'intoxication alcoolique aiguë. D'autre part, les liens de ces pathologies psychiatriques avec la polytoxicomanie, avec l'état d'imprégnation chronique partielle à l'alcool, avec la dépendance au cannabis, avec l'évolution dépressive ont été discutés également.

3.2 Avant d'aborder les mesures thérapeutiques que l'on peut proposer, il faut bien constater que l'exploré est actuellement "peu motivé pour une psychothérapie", étant par ailleurs conscient qu'il "doit être très encadré", mais ressentant un désarroi, des sentiments d'inutilité et ne trouvant pas de sens à poursuivre ou à recommencer des thérapies, qui, selon lui, ne l'ont que peu aidé depuis qu'il a quitté le milieu carcéral. Le pronostic de la dépendance à l'alcool, tout comme celui de la dépendance au cannabis, ne sont évidemment pas bons, si quelque chose n'est pas mis en place qui rend l'exploré abstinent; on peut craindre une poursuite sur un long terme de la consommation de cannabis, alors que la

13046

consommation d'alcool, si elle était poursuivie, devrait entraîner de nombreux troubles du comportement, de même que, à moyen terme, des ennuis physiques et psychiques, comme par exemple une détérioration psycho-organique. L'état dépressif peut présenter une évolution fluctuante, avec possiblement une stabilisation de l'humeur sur un mode faiblement dépressif, avec persistance toutefois de périodes dysthymiques. La structure de base de la personnalité de l'exploré, à savoir la structure pathologique de type état-limite bas, ne va pas se modifier profondément à l'avenir, un aménagement relativement moins dysfonctionnel sur le plan caractériel et sur le plan social, de même que moins productif sur le plan des symptômes dépressifs, pouvant toutefois être éventuellement obtenu, pour autant que l'exploré puisse bénéficier des mesures de prise en charge éventuelle, pour autant surtout qu'il réalise une abstinence complète.

Le premier problème d'importance sur le plan thérapeutique est celui de permettre à l'exploré d'obtenir et de maintenir une abstinence alcoolique, condition sine que non d'une évolution un tant soit peu positive, tant sur le plan de l'aspect criminologique, de l'aspect social, que sur celui de la santé personnelle. Une hospitalisation en milieu psychiatrique à Marsens, ou alors une hospitalisation dans l'Unité d'alcoologie de l'Hôpital régional de Billens, serait indiquée, non pas pour effectuer un sevrage qui a déjà été accompli à la Prison centrale, mais pour faire un bilan psychosomatique et pour permettre une éventuelle mise sous médication aversive de l'alcool (Antabuse), médication qui devrait être prise durant un an ou deux au minimum, mais qui n'est pas sans risque, vu les tendances épisodiques auto-agressives et de dévalorisation de l'exploré. L'exploré se déclare prêt à être hospitalisé pour ce faire, mais, actuellement, il n'a pas en mains les informations nécessaires pour prendre une décision convenable au sujet d'une mise sous médication aversive. Il serait absolument indiqué par la suite de permettre à l'exploré d'effectuer une postcure en milieu spécialisé en alcoologie, soit auprès du Centre Le Torry à Fribourg, à notre connaissance le seul établissement du canton qui peut

procurer un tel encadrement dynamique. Un placement à La Sapinière ne serait pas non plus contre-indiqué, mais devrait être réservé au cas d'un échec en milieu hospitalier ou de postcure, car le milieu de La Sapinière me paraît moins spécialisé en alcoologie. La participation de l'exploré à des groupes d'anciens buveurs, comme les Alcooliques Anonymes, à des groupes de prévention à la rechute, groupes fonctionnant selon une méthodologie cognitive-comportementaliste, la participation de l'exploré à des groupes visant à une meilleure gestion des émotions (par exemple les Emotifs Anonymes), serait également indiquée. En parallèle à l'abstinence d'alcool, l'abstinence de cannabis devrait également être encouragée, dans les mêmes lieux de cure et de postcure. Des contrôles fréquents devraient être organisés, peut-être avec l'aide du Service du patronage, qui attire aussi notre attention sur la nécessité d'une abstinence complète de produits toxicomanogènes pour l'exploré et sur la relation assez régulièrement suivie que l'exploré a entretenue avec le Service. Une prise en charge psychothérapeutique individuelle est également indiquée, mais ne pourra se dérouler dans de bonnes conditions et obtenir quelques résultats positifs seulement si l'exploré est abstinent d'alcool. La prise en charge devrait comporter des contacts réguliers avec un psychiatre-psychothérapeute, qui devrait être libre d'instaurer une médication, que pour l'instant l'exploré refuse. Dans un premier temps, la prise en charge psychothérapeutique devrait viser à une bonne alliance thérapeutique, à un accompagnement, à un soutien sur le plan de l'abstinence, à un renforcement de la partie narcissique de la personnalité (augmentation de l'auto-évaluation et de l'auto-valorisation), pour mettre un frein aux tendances caractérielles. C'est dans un deuxième temps seulement, éventuellement, que l'exploré pourrait être amené à se confronter à ses émotions, à ses pulsions, dans l'optique de les connaître, ainsi que de les maîtriser, davantage. Il n'y a actuellement pas lieu, au vu de l'aménagement de la personnalité et au vu du côté peu introspectif de l'exploré, de se pencher davantage sur son passé, quel qu'il soit.

3.3 Des mesures thérapeutiques telles que celles énoncées ci-dessus, notamment et en premier lieu concernant l'abstinence d'alcool et de cannabis, sont aptes à limiter le risque de commission de nouvelles infractions. L'exploré est en principe prêt à se soumettre à des mesures thérapeutiques, même s'il ne paraît pas au courant de toutes les modalités thérapeutiques, même s'il paraît aussi rechercher un certain bénéfice, à savoir de retrouver un certain état de liberté. Quoi qu'il en soit, l'expérience montre que même une thérapie ordonnée contre la volonté de l'exploré aurait néanmoins des chances de succès.

3.4 D'un point de vue psychiatrique, il est important que l'exploré puisse être actuellement et aussi rapidement que possible pris en charge par un milieu encadrant, fermé, que ce soit hospitalier ou de postcure, pour maintenir une abstinence de l'alcool. D'un point de vue psychiatrique, je ne vois pas, pour l'instant, une possibilité pour que l'exploré maintienne cette abstinence en restant dans un milieu ouvert, en se contentant d'un traitement ambulatoire. Si l'exploré n'acceptait pas un traitement en milieu fermé, hospitalier ou de postcure, une mesure telle qu'un internement pourrait s'avérer justifiée, d'un point de vue psychiatrique. En effet, pour son propre équilibre et sa propre évolution ultérieure, de même que pour diminuer le danger de voir l'exploré commettre d'autres actes punissables, une abstinence de tous produits toxiques, en particulier et en premier lieu de l'alcool, est à réaliser dans les meilleurs délais et les meilleures conditions. C'est seulement une fois que l'exploré sera devenu abstinent depuis de nombreux mois qu'il y aura pour lui une possible évolution un peu positive sur le plan du trouble de la personnalité, de l'évolution dépressive et d'une éventuelle réinsertion. Actuellement, l'exploré n'est pas dans un état psychique qui lui permettrait de vivre de façon indépendante, dans un studio par exemple, tout comme il n'est pas à même de gérer son argent, une éventuelle prise de médicament, une éventuelle prise en charge psychothérapeutique; comme déjà dit à propos des mesures d'ordre thérapeutique, l'exploré a absolument actuellement besoin, d'un point de vue

psychiatrique, d'un encadrement visant à stabiliser sa personnalité, mais surtout à l'aider à devenir abstinent des produits toxiques. L'exploré doit également rester particulièrement en contact avec le Service du patronage, alors qu'une mesure tutélaire pourrait s'avérer utile suivant l'évolution, notamment si l'exploré venait à refuser des hospitalisations ou des prises en charge.

3.5 L'exécution de la peine déjà subie à ce jour peut être considérée comme ayant un effet quelque peu positif sur l'évolution de l'exploré, d'une part en permettant un encadrement sécurisant et d'autre part en permettant surtout le maintien de l'abstinence alcoolique et cannabique. Tout ce qui peut aller dans le sens d'une abstinence à l'alcool et au cannabis, de même que dans le sens d'un cadre structuré contenant, peut être considéré comme relativement favorable à l'évolution de l'exploré, même si certains côtés de nature dépressive peuvent être péjorés. Actuellement, pour l'exploré, au lieu d'une thérapie ambulatoire, on peut trouver indiquée une thérapie en milieu fermé pour viser au plus vite et au mieux à l'abstinence alcoolique entre autres.

3.6. Pas de réponse à cette question.

4.

4.1 Concernant la question complémentaire posée par Mme le Procureur général, le 16.2.2004, je considère que j'ai répondu en détail à cette question sous chiffre 2 ci-dessus.

4.2 Concernant la remarque de l'avocat de l'exploré à propos de "psychiatrie forensique", l'expert peut fournir les précisions suivantes. En Suisse,

actuellement, il n'existe pour les médecins spécialisés en psychiatrie qu'un seul titre officiel de spécialiste, décerné par la Fédération des Médecins Suisses (FMH), à savoir le titre de "spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie". Ce titre est décerné aux psychiatres après des études complètes de médecine, se terminant par l'obtention du Diplôme fédéral de médecine, puis comportant une partie postgraduée spécifique à la psychiatrie, d'une durée de cinq à six ans selon les époques, avec en parallèle l'obtention du titre de Docteur en médecine. Durant la période de formation postgraduée, tous les psychiatres futurs spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie sont formés à la psychiatrie légale, notamment à l'établissement d'expertises dans les différents domaines de la psychiatrie légale. Que ce soit en médecine psychiatrique privée, ou dans les milieux universitaires, ou dans des instituts spécialisés, tous les psychiatres ont donc le même titre de spécialiste que moi-même. Il n'existe actuellement, en Suisse, aucune attestation formelle ni aucune reconnaissance particulière attachée à la pratique de la psychiatrie légale.

Pour détailler mon curriculum vitae ou l'existence d'une "qualification particulière" dans le domaine de la psychiatrie judiciaire, ou pour toutes autres questions ad hominem, je reste bien volontiers à disposition de toutes personnes autorisées, dans un cadre autre toutefois que la présente expertise.

4.3 A propos du "sentiment d'insécurité" qu'évoque l'avocat de l'exploré, je peux, comme lui, noter "une certaine analogie" entre l'événement de 1998 et les faits actuellement reprochés à l'exploré. Pour les faits actuellement reprochés, c'est l'imprégnation aiguë à l'alcool, sous forme d'une ivresse excito-motrice, qui entre pour la plus grande part dans le déterminisme de l'action; pour les faits actuellement reprochés à l'exploré, il n'est toutefois pas sûr du tout que celui-ci a ressenti "un sentiment subit d'insécurité"; il y avait plutôt, selon l'évolution caractérielle de l'exploré et l'alcoolisation du moment, une mentalisation déficiente, un vide émotionnel probable, pouvant laisser la porte ouverte à

toutes sortes de réactions et de contenus idéiques et émotionnels. Quoi qu'il en soit, un éventuel tel sentiment d'insécurité peut effectivement être mis en relation avec l'enfance et l'adolescence de l'exploré, les liens entre la personnalité actuelle de l'exploré et l'enfance et l'adolescence marquées par un père alcoolique et violent se trouvant plus spécialement détaillés dans les pages 11 et 13 de l'expertise de 1998.

4.4 La sémiologie de la conscience, autrement dit la sémiologie de l'activité psychique basale, a été examinée à nouveau pour la présente expertise; elle fait l'objet des pages 14-15 de l'expertise auxquelles je prie l'avocat de l'exploré de se référer pour toute information.

4.5 L'évolution de la structure profonde de la personnalité de l'exploré, notamment en ce qui concerne les composantes narcissique, immature et caractérielle, a fait l'objet de nombreux développements dans le cours de la présente expertise. Cette évolution est en effet particulièrement significative. Les pages 15-17 et 20 de la présente expertise renseignent au mieux sur celle évolution.

5. L'expert n'a pas d'autres remarques 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 mes sentiments les meilleurs.

Dr Denis Pauchard

D. Pauchard

13043

Annexes: - une copie de la présente expertise;

- une note d'honoraires.