Dr Alexandre Chanachev, Psychiatre et Psychothérapeute FMH
CAS en Psychiatrie Forensique, UNIL
Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique de la Gare
Rue de la Lécheretta 1
1630 Bulle
Tél 026 913 93 33
Fax 026 913 99 89
cppg@hin.ch

SESPP
10 MAI 2019

Monsieur le Président
Jean-Marc Sallin
Tribunal pénal
Route des Arsenaux 17
Case postale 1520
1701 Fribourg

Bulle, le 08 mai 2019

Dossier n° 65 2018 48

Monsieur le Président,

En réponse à votre mandat du 10 janvier 2019, dans le cadre d'une procédure pénale, nous avons procédé à l'expertise psychiatrique (art. 184 CPP) de :

Guiseppe CILIBERTO, né le 5.1.1969, actuellement en détention à l'EDFR, Site de Bellechasse, Case postale 1, 1786 Sugiez

Il nous est demandé de :

- Prendre connaissance de la procédure numéro **65 2018 48**
- S'entourer de tous renseignements utiles.
- Examiner l'expertisé et établir un rapport dont les conclusions doivent répondre aux questions posées (cf. réponses aux questions).

Notre rapport d'expertise se fonde sur :

- Un entretien individuel de 150 minutes que le Dr Alexandre CHANACHEV, psychiatre et psychothérapeute FMH, expert, et Mme Agathe BETKOWSKI, psychologue en tant qu'auxiliaire de l'expert, ont eu avec l'expertisé en date du 13.03.2019 à l'EDFR, Site de Bellechasse.
- Deux entretiens individuels, chacun de 180 minutes, que Mme Agathe BETKOWSKI a eu avec l'expertisé en dates du 31.01.2019 et du 04.03.2019 à l'EDFR, Site de Bellechasse.
- Un examen d'Imagerie par Résonance Magnétique du cerveau, avec visualisation des vaisseaux sanguins (angio-IRM) effectué en date du 5.03.2019 auprès de Affidea SA et son rapport de la même date par le Dr Andrea PODDA, médecin spécialiste en radiologie FMH.
- Résultats du prélèvement sanguin du 09.04.2019, analyses réalisées auprès de MCL SA à Fribourg et l'HFR laboratoires de Meyriez – Murten.
- Rapports de sortie d'hospitalisation du RFSM (Réseau Fribourgeois de Santé Mentale) du 18.03.1992, 29.09.1995, 29.07.1996, 09.02.1998, 07.02.2003, 03.06.2005, 10.02.2006 et du 27.07.2012.
- L'étude du dossier pénal transmis, comportant notamment : les avis de la CLCED, des expertises psychiatriques et leurs compléments, des rapports médicaux, des rapports d'évaluations criminologiques et d'autres documents.
- L'étude du dossier du SESPP, constitué par huit classeurs fédéraux, transmis avec le dossier pénal et le mandat d'expertise, comportant notamment des documents relatifs à l'exécution de la mesure selon l'art 59 CP dont l'expertisé est sujet.

L'expertisé a délié ses médecins traitants du secret médical et les a autorisés à nous transmettre des renseignements le concernant.

Il a par ailleurs été informé, avant le début de l'expertise, de son droit de refuser de répondre, dès lors qu'en notre qualité d'expert, nous ne sommes pas tenus au secret médical envers les autorités de poursuite pénale, de sorte que les éléments recueillis sur la base des entretiens seront consignés dans l'expertise et exploités dans le cadre de la procédure.

Il a aussi donné son consentement pour la réalisation des examens indiqués par l'expert, notamment l'angio-IRM cérébrale et le prélèvement sanguin.

EXTRAIT DES ACTES

Selon *mandat d'expertise psychiatrique (art. 184 CPP)* du 10 janvier 2019 par le Président du Tribunal de l'arrondissement de la Sarine TRSA-Tribunal pénal, Jean-Marc SALLIN, demande qu'une expertise soit effectuée en y joignant des questions particulières afin d'évaluer la situation actuelle de Monsieur Giuseppe CILIBERTO, dans le cadre de la mesure ordonnée selon l'art 59 CP, suite aux condamnations des infractions suivantes : « *Selon l'arrêt du 13 octobre 1999 de la Cour d'appel pénal du tribunal cantonal de l'état de Fribourg : meurtre, tentative de vol, dommages à la propriété, vol de peu d'importance, infractions à la loi fédérale sur les stupéfiants, infractions à la loi d'application du code pénal ; selon le jugement du 11 novembre 2004 du Tribunal pénal de l'arrondissement de la Sarine : tentative de meurtre, de lésions corporelles simples (avec un objet dangereux) et contravention à la loi sur les stupéfiants.* ».

RÉSUMÉ DU CONTEXTE ACTUEL

Il nous est demandé d'évaluer l'évolution de l'expertisé dans le cadre de la mesure de soins selon l'art 59 CP, notamment depuis la réalisation du dernier rapport d'expertise par le Professeur B. GRAVIER du SMPP, du 25 novembre 2013.

Le contexte de l'expertise est particulier du fait de la réintégration de l'expertisé en milieu carcéral le 12 décembre 2018, à l'EDFR-Bellechasse, alors qu'il était institutionnalisé au Foyer Pernod dans le cadre d'une mesure thérapeutique de soins selon l'art 59 CP.

La Commission consultative de libération conditionnelle et d'examen de la dangerosité (CLCED), lors de sa séance du 5 décembre 2018, avait jugé l'évolution de l'expertisé comme étant « *trop inquiétante pour une poursuite du placement en milieu institutionnel ouvert* ».

À la suite du recours déposé par l'expertisé contre la décision de réintégration et la poursuite de la mesure selon l'art 59 CP en milieu carcéral, dans leur courrier du 27 février 2019, X. ORSINI, chef de service SESPP et E. RENEVEY, criminologue, mentionnent que le 24 juillet 2018, le SESPP avait rendu une décision de refus de libération

conditionnelle et avait saisi le Tribunal d'arrondissement de la Sarine, afin de demander une prolongation de la mesure. La CLCED avait constaté lors de la séance du 5 décembre 2018, que l'état psychique de Monsieur Giuseppe CILIBERTO régressait, que ceci se manifestait par des *propos délirants*, que l'encadrement au Foyer Pernod était insuffisant, que l'expertisé n'avait pas fourni assez d'efforts en termes d'abstinence à l'alcool et au cannabis, malgré sa détermination exprimée lors d'une séance de réseau, le 19 décembre 2017, où il évoquait vouloir « *se reprendre en main et qu'il s'en sentait capable* ». La consommation de cannabis n'aurait pas évolué, il aurait repris et maintenu une consommation régulière, éventuellement quotidienne, malgré un sevrage hospitalier en début 2018, il aurait repris la consommation de cannabis dès son retour au foyer Pernod. Monsieur Giuseppe CILIBERTO ne remplirait plus les conditions d'un « *placement en milieu ouvert tel qu'au foyer Pernod et qu'au vu des circonstances, sa réintégration ainsi que son maintien en milieu fermé se justifient* ».

Toujours selon le même document, le Centre de psychiatrie forensique à Fribourg a été mandaté afin de poursuivre le suivi et un infirmier spécialisé en psychiatrie rencontre régulièrement l'expertisé. Le SESPP évoque que depuis mai 2018, l'expertisé était vu une fois par mois par un psychiatre et qu'il serait indispensable, selon la CLCED, qu'un suivi et une observation plus réguliers soient mis en place. Quant à la consommation de Monsieur Giuseppe CILIBERTO, il apparaîtrait qu'il consommerait du cannabis quotidiennement depuis 2018, ainsi que de l'alcool à deux reprises, aux mois de mai et novembre 2018. Il apparaîtrait également que le placement en milieu institutionnel ouvert aurait été décidé sur la base d'informations qui se seraient avérées erronées par la suite. En effet, les intervenants pensaient que l'expertisé était abstinent au cannabis depuis début 2017, ce qui n'était pas le cas, car l'expertisé aurait révélé qu'il n'aurait jamais cessé sa consommation de cannabis depuis son retour à l'EDFR-Bellechasse en octobre 2015. La condition de l'abstinence serait inhérente à un placement institutionnel ouvert. Ainsi, si le SESPP avait eu connaissance de cette consommation, il n'aurait peut-être pas accordé ce placement en foyer. Lors d'une séance de réseau du 12 septembre 2018, les intervenants du foyer Pernod auraient évoqué l'attitude de Monsieur Giuseppe CILIBERTO comme revendicatrice, parfois irrespectueuse dans ses demandes, avec une forme d'agressivité refoulée qui resurgirait, son attitude serait « *parfois à la limite de ce qui est acceptable* ». Des bizarreries de

comportement auraient aussi été constatées, ce que le SESPP relève également dans le discours de Monsieur Giuseppe CILIBERTO. Le Dr HIRRLE, thérapeute de l'expertisé jusqu'à la décision de réintégration carcérale, psychiatre du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), aurait évoqué qu'une augmentation de la consommation de cannabis serait soupçonnée, « *susceptible de rendre le concerné irritable et paranoïaque* ».

La commission consultative de libération conditionnelle et d'examen de la dangerosité (CLCED), lors de sa séance du 5 décembre 2018, mentionne que l'état psychique de Monsieur Giuseppe CILIBERTO serait « *en train de régresser et que ce dernier émet des propos délirants, qui peuvent être en lien avec sa consommation régulière de cannabis. En outre, l'intéressé n'a pas respecté le périmètre établi lors de sa première sortie achats et ne comprend pas pourquoi cela pose un problème; Que, de plus et surtout, le suivi actuel au sein du Foyer Pernod n'est pas assez étroit au vu de la situation actuelle de Giuseppe CILIBERTO, qui a besoin d'un monitoring très serré. Concrètement, il a besoin de consulter un psychiatre à un rythme plus régulier et sa médication doit être adaptée ; Que, dans ces circonstances, la Commission s'oppose à des nouvelles ouvertures de régime. Que, s'agissant de la procédure de la prolongation de la mesure, voire d'un changement de sanction – laquelle est en cours – la Commission propose de mandater un (...) expert. La Commission* ***préavise négativement les nouvelles ouvertures de régime*** *proposées par le Foyer Pernod.* ***Recommande de rapatrier l'intéressé et de le placer en secteur fermé à l'Etablissement de détention fribourgeois, site Bellechasse****, dans les plus brefs délais afin de le stabiliser, de réajuster sa médication et de lui imposer un sevrage. [...] dans le cadre de* ***l'examen de la prolongation de la mesure, voire d'un changement de mesure en faveur d'un internement*** ».

INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'EXPERTISÉ PAR RAPPORT A SA SITUATION ACTUELLE

L'expertisé parle d'un sentiment d'incompréhension quant à son incarcération, vu que sa consommation de cannabis était établie de longue date, qu'elle était connue des intervenants et était tacitement acceptée pendant un laps de temps, et que par ailleurs en prison il aurait l'occasion de fumer régulièrement du cannabis. Comme analyse des raisons

de la réintégration, M. CILIBERTO exprime que la relation avec l'éducateur réfèrent au Foyer Pernod aurait mal évolué, que ceci aurait influé sur les exigences du réseau et expliquerait son transfert en milieu carcéral. Il affirme que la consommation de cannabis le calme, que les médicaments psychotropes qui lui sont prescrits n'ont pas les mêmes propriétés apaisantes, de même concernant les médicaments qu'il a reçu par le passé, que cet effet serait quand même présent dans une certaine mesure pour le Valium (Diazepam), mais qu'il aurait le projet d'effectuer l'arrêt progressif de ce dernier; qu'il voudrait arrêter la consommation d'alcool, mais en somme ne se voit pas apte à arrêter la consommation de cannabis. Il dit pouvoir accéder en prison à d'autres substances illicites, mais n'en ferait pas l'usage, car le cannabis lui suffirait. Il admet avoir consommé de l'alcool à deux reprises en 2018 et évoque son regret.

Selon les dires de l'expertisé, depuis son transfert au foyer Pernod, il aurait été suivi par le psychiatre du CNP le Dr HIRRLE, avec des entretiens mensuels. En parallèle, il aurait bénéficié d'un suivi avec Mme MARIOTTI, psychologue du CNP, qui aurait pris sa retraite début 2018 et il n'y aurait pas eu de remplacement. Il aurait consulté deux ou trois fois une psychologue qui est partie en congé maternité en été 2018. Par ailleurs, Mme PICCINI, aumônière, serait également partie en retraite en novembre 2018. Le nouveau directeur, M. BENGLADESH aurait débuté son activité au 2ème semestre 2018. Ainsi, l'expertisé aurait vécu plusieurs changements de différents intervenants en 2018.

Actuellement, le suivi par le CPF serait dispensé par le Dr SEHLI, psychiatre, qui consulterait l'expertisé une fois tous les 7 à 10 jours, et également par un infirmier, M. FETTER, toutes les 3 semaines. L'expertisé dit se sentir en confiance, il discuterait de ses émotions, de ce qui est arrivé dans sa vie. Il aimerait retourner au foyer Pernod ou être transféré dans un autre foyer pour donner suite à ses soins dans le cadre de la mesure selon l'art 59 CP.

EVOLUTION DANS LE CADRE DE LA MESURE THÉRAPEUTIQUE DEPUIS LE DERNIER RAPPORT D'EXPERTISE, SELON LE DOSSIER

M. CILIBERTO a séjourné dans diverses institutions depuis son arrêt du 2 février 2004, bénéficiant notamment des ouvertures progressives du cadre jusqu'à une révocation du Télex pour non-respect des règles de conduite et réintégration à l'Etablissement Fribourgeois du Site de Bellechasse depuis le 27 mai 2013.

Le 18 octobre 2013, le SASPP demande une prolongation de la mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59).

Rapport thérapeutique du 30 avril 2014 par Mme Eltschinger Koch, psychologue au Centre de psychiatrie forensique à Fribourg (CPF). L'expertisé évolue favorablement depuis l'augmentation de son traitement neuroleptique, malgré des réticences de sa part au début du traitement. On constaterait une stabilisation de l'humeur, une compliance au traitement et une amélioration de sa capacité d'adaptation. Les thèmes abordés en séance seraient la gestion de l'abstinence à l'alcool et à toute substance illicite, la compliance au traitement médicamenteux, le respect des exigences liées à la mesure, la capacité à gérer et à exprimer les émotions négatives, la gestion de l'impulsivité et de l'agressivité, la capacité à se décentrer lors des difficultés interpersonnelles et la gestion de l'influençabilité. Différentes stratégies seraient discutées, afin d'éviter les situations à risque, notamment prise de conscience des enjeux liés à ses consommations, affirmation de soi, anticipation des situations, identification des émotions négatives entraînant des envies de consommation, évaluation et définition des priorités. Selon le rapport, il semblerait que l'expertisé ne dispose pas actuellement des ressources nécessaires pour envisager un sevrage total aux benzodiazépines. Ainsi, une libération conditionnelle semblerait prématurée, bien que l'expertisé progresse depuis plusieurs années.

Le rapport de la Drsse Devaud Cornaz, psychiatre du CPF, du 1er mai 2014, indique que l'expertisé a été vu par elle à cinq reprises, dont un entretien de couple avec l'expertisé et sa compagne. Les thèmes abordés seraient la dépendance et les circonstances des délits. Il reconnaît certaines fragilités, telle que la faible tolérance au stress. Ainsi, l'on observerait une évolution psychique favorable, il reconnaitrait progressivement sa part de responsabilité dans son désir de consommation d'alcool. Il aurait demandé à réajuster sa médication anxiolytique, se rendant compte qu'il ne peut se sevrer totalement sur ce plan. Ainsi, il faudrait maintenir une prescription de benzodiazépines, à des doses modérées. Une abstinence totale des substances psychoactives, vu l'exposition régulière à ces produits, pourrait être un objectif thérapeutique trop élevé.

Le 9 mai 2014, la CCLCED préavise négativement la libération conditionnelle de la mesure institutionnelle.

Le 25 juillet 2014, le SASPP refuse la libération conditionnelle et ordonne la poursuite de la mesure thérapeutique institutionnelle aux Etablissements de Bellechasse. Il semble que l'expertisé n'ait pas pris conscience de sa réelle problématique de dépendance, ni de l'influence de celle-ci sur son fonctionnement psychique. De plus, il semble ne pas vouloir s'astreindre à une abstinence totale, vu le discours adopté et des sanctions pour consommation de cannabis. De manière générale, il respecte le cadre de la prison, il se rend à ses séances de thérapies et on relève une certaine amélioration de son état psychique. Mais son comportement en dehors des murs a montré qu'il doit encore faire ses preuves avant de bénéficier d'une libération conditionnelle. Il y a une reconnaissance partielle des délits, avec une tendance à remettre la responsabilité sur autrui, notamment pour la tentative de meurtre en 2004. Il doit encore travailler sur sa dépendance. Ainsi, les Etablissements de Bellechasse sont mandatés pour exécuter la mesure institutionnelle ordonnée (contrôles biologiques inopinés et entretiens de réseau, de plus, le CPF est mandaté pour poursuivre le suivi).

Le 6 février 2015, la Direction des Etablissements de Bellechasse établit un rapport qui évoque que M. CILIBERTO montre un bon comportement et ses prestations sont satisfaisantes. L'on évoque trois sanctions disciplinaires pour consommation de cannabis, sinon il respecterait les règles. Il entretient de bons rapports avec les collaborateurs et les codétenus. Il participe aux activités proposées. Il ne reconnaît que partiellement son délit. Il a régulièrement des visites de sa compagne. Les conduites se passent bien. Toutefois, la Direction donne un avis défavorable à une libération conditionnelle et considère qu'une planification très progressive à long terme est plus appropriée.

Le rapport de la Drsse Devaud Cornaz du 12 février 2015, indique que l'expertisé aurait été consulté une dizaine de fois par elle-même et vingt-quatre fois par M. FETTER, infirmier chef. En parallèle, le suivi psychothérapeutique par Mme ELTSCHINGER KOCH, psychologue, aurait continué. Lors des entretiens, les thèmes abordés auraient été les suivants : la nature des relations avec son père, son parcours de dépendance à différentes substances, le contexte des délits. L'expertisé se tiendrait à l'écart des autres détenus, une stratégie qu'il aurait développé vis-à-vis du risque de passage à l'acte en milieu carcéral. Il aurait bénéficié de quatre conduites, et de quatre congés de 12h, qui se seraient bien

déroulés. La capacité de gérer la consommation d'alcool, de cannabis, de benzodiazépines aurait été abordée. Concernant le cannabis, l'expertisé évoquerait ne plus en avoir consommé depuis juin 2014. Quant à l'alcool, il resterait vulnérable ; ainsi il devrait bénéficier d'un traitement addictologique soutenu avec une médication aversive et d'un groupe de soutien. Il montrerait des difficultés à se passer des benzodiazépines. Proposition de maintenir la médication (y compris neuroleptique par dépôt).

Le 16 février 2015, la CCLCED préavise négativement une libération conditionnelle, certes le comportement de l'expertisé ne donne pas lieu à des problèmes particuliers, il suit une thérapie, et présente des progrès. Néanmoins, il n'a pas encore maîtrisé ses problèmes d'addiction et minimise ses fragilités face à l'alcool et aux stupéfiants. La remise en question de ses passages à l'acte reste peu satisfaisante. En revanche, l'ouverture de régime prévoyant un placement à l'EMS La Sylvabelle est préavisé positivement.

Le 10 mars 2015, rapport du bilan du plan d'exécution de la mesure (PEM) qui a été préapprouvé par la CCLCED (16.02.2015) et validé par le SASPP (18.03.2015). On y lit que dans un premier temps, une phase de congés mensuels d'une durée de 12h et des conduites institutionnelles/socio-thérapeutiques (afin de trouver un foyer adéquat) sont accordées. Le risque de récidive est évalué comme élevé (avec la présence des éléments suivants : antécédents criminels, problématique de consommation d'alcool et de stupéfiants, carences quant aux activités pro-sociales et une attitude pro-criminelle). Le parcours judicaire indique une persistance à mépriser les normes légales, les condamnations précédentes n'ont pas eu l'effet escompté. Il a un passé de polytoxicomanie et les problèmes de consommation sont toujours présents, bien que contrôlés par le milieu, et ont mené à des passages à l'acte répétés. Il a une tendance à la criminalité, à rationaliser ses actes, à minimiser sa responsabilité ainsi qu'un manque d'empathie ou d'amendement. Il a de la difficulté à comprendre qu'on ne lui accorde pas rapidement des ouvertures de régime et réagit toujours vivement. Les liens familiaux et les tendances antisociales sont également mis en avant. Pour diminuer le risque de récidive, un travail doit être fait sur la problématique de consommation d'alcool et de stupéfiants qui augmentent le risque d'un éventuel passage à l'acte. Les éléments d'une réinsertion sociale semblent lacunaires depuis de nombreuses années.

Le 23 juin 2015, le SASPP refuse la libération conditionnelle, ordonne la poursuite de la mesure thérapeutique institutionnelle et demande sa prolongation. L'exécution de la mesure institutionnelle englobe les règles de conduite suivantes : se conformer au cadre institutionnel et aux règles des Etablissements de Bellechasse, poursuivre la thérapie auprès de la Dresse Devaud et Mme Eltschinger Koch, poursuivre le traitement neuroleptique par dépôt, faire preuve d'une abstinence totale à l'alcool et aux produits stupéfiants et se soumettre à des contrôles d'abstinence par prélèvements biologiques inopinés.

Par la suite, le 27 août 2015, l'expertisé a intégré l'EMS de la Sylvabelle afin d'y poursuivre la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert, mais des tests toxicologiques ont révélé la positivité au cannabis et l'expertisé a été déplacé à la Prison centrale le 1er octobre 2015 puis à Bellechasse le 5 octobre 2015 jusqu'au 18 avril 2017, date de son admission au foyer Pernod.

Le 1er octobre 2015, le Tribunal pénal de l'arrondissement de la Sarine ordonne une prolongation de la mesure thérapeutique institutionnelle pour 3 ans, le maintien en détention de l'expertisé afin de garantir l'exécution de la mesure.

Le 3 novembre 2015, le SASPP émet une ordonnance de placement aux Etablissements de Bellechasse et la prolongation de la mesure thérapeutique institutionnelle de 3 ans**.** Au vu des éléments de la dernière année, échec du placement à la Sylvabelle et consommations multiples, l'expertisé va poursuivre l'exécution de sa mesure au sein de Bellechasse. Les règles de conduite sont : se conformer au cadre institutionnel et aux règles des Etablissements de Bellechasse, poursuivre la thérapie auprès de la Dresse Devaud et Mme Eltschinger Koch, poursuivre le traitement neuroleptique par dépôt, faire preuve d'une abstinence totale à l'alcool et aux produits stupéfiants et se soumettre à des contrôles d'abstinence par prélèvements biologiques inopinés.

Selon le Rapport thérapeutique du 26 août 2016 du CPF, Monsieur Giuseppe CILIBERTO rencontrerait une fois par semaine son infirmier référent et aurait participé au groupe de maintien de l'abstinence au cannabis. Diminution de la médication anxiolytique (benzodiazépines), l'expertisé présenterait une bonne compliance à l'administration par voie intramusculaire du neuroleptique dépôt, mensuellement. Après l'échec du placement à l'EMS La Sylvabelle, il aurait présenté une symptomatologie dépressive qui se serait par

la suite escomptée. Il verbaliserait toutefois une lassitude envers sa situation. Lors des entretiens individuels, il analyserait les causes de son échec au placement à La Sylvabelle, notamment la crainte de son transfert dans une structure qu'il ne connaît pas ; ce serait dans ce contexte-là qu'il aurait consommé du cannabis à Sylvabelle, afin de se détendre. Suite à la thérapie de groupe et à la diminution des benzodiazépines, il aurait pu aborder de manière plus pertinente le risque de passage à l'acte qu'entraînerait la consommation de substances psychoactives. Il identifierait l'alcool comme une substance pouvant l'amener à ressentir de fortes colères. En résumé, il faudrait maintenir le projet d'abstinence à l'ensemble des substances psychoactives et travailler sur la question des émotions.

Le 26 août 2016, la Direction des Etablissements de Bellechasse établit un rapport qui évoque que l'expertisé a été testé positif au THC le 28 janvier 2016 et a été sanctionné disciplinairement, tous les autres tests ont été négatifs. L'expertisé fait des efforts depuis plusieurs mois afin de réduire la médication. Depuis le 6 juin 2016, il a été affecté en **milieu de travail ouvert** au nettoyage du pavillon, il fournit un travail satisfaisant. Il a eu une **première conduite en** août 2016 pour rendre visite à son père en EMS à Givisiez, qui s'est bien déroulée. En résumé, il y a une évolution favorable, ainsi une planification progressive des ouvertures de régime serait appropriée, tout en continuant à travailler sur la gestion des frustrations sans recourir à des substances psychotropes et maintenir une abstinence totale aux stupéfiants avant une éventuelle libération conditionnelle. **Le préavis est défavorable pour une libération conditionnelle**.

Rapport thérapeutique du 27 août 2016 par Mme Eltschinger Koch, CPF : L'expertisé bénéficierait d'un traitement psychothérapeutique, à raison d'une séance hebdomadaire, il se montrerait coopérant et capable d'introspection. Quant à la problématique addictive, il aurait décidé de maintenir une abstinence totale à l'alcool et aux stupéfiants, les enjeux étant trop importants en cas de rechute. Les tests biologiques se seraient montrés négatifs. On relèverait également une diminution des réactions impulsives et projectives, ainsi qu'une amélioration des distorsions cognitives. Différentes stratégies comportementales, afin d'éviter les risques de récidive, ont été élaborées, autour de la responsabilisation de l'expertisé sur le plan addictif et favorisant une diminution des réactions projectives et impulsives. Le risque de récidive est considéré en diminution, compte tenu de l'évolution

psychothérapeutique favorable, le maintien de l'abstinence et le traitement neuroleptique. Toutefois l'on ne pourrait exclure une rechute en termes de consommation d'alcool ou de cannabis. Une libération conditionnelle serait estimée comme prématurée, par contre un placement en institution permettrait à l'expertisé de poursuivre une lente évolution thérapeutique et maintenir son abstinence dans un cadre plus ouvert.

Le 30 août 2016, le Service de probation considère que l'octroi du passage en secteur ouvert a été bénéfique, lui a permis de retrouver un équilibre psychique et une envie de progresser. Il se trouve actuellement dans une phase positive et a mis en place des stratégies (baisser la médication, participer à un groupe thérapeutique de maintien d'abstinence au cannabis) pour ne plus rechuter et éviter de se retrouver face à un nouvel échec. Lors de la conduite pour rendre visite à son père, l'expertisé a fait preuve d'un bon comportement et d'une attitude positive. Une libération conditionnelle est toutefois prématurée ainsi l'avis est défavorable.

Le 1er septembre 2016, la CCLCED rencontre l'expertisé pour une audition. Il évoque qu'il avait traversé une période difficile, étant gravement dépressif, qu'il a pris conscience de sa situation et voulait se reprendre en main. Confronté à l'ambivalence envers les stupéfiants et sa tendance à minimiser les conséquences de sa consommation de cannabis, il dit avoir pris conscience de la gravité de la situation et était déterminé à rester abstinent. Il est toujours en couple et il évoque sa visite à son père en août 2016 (conduite). Il souhaite être placé en foyer, par exemple la Fondation Tannenhof, vu qu'il y avait trouvé ses marques lors de son précédent séjour de 11 mois. L'ouverture du régime semble néanmoins prématurée, compte tenu de son récent passage en secteur ouvert, il lui faudra encore du temps pour une stabilité et envisager une étape supplémentaire.

Le 9 septembre 2016, la CCLCED préavise négativement la libération conditionnelle de la mesure institutionnelle. Certes, il a fait des progrès depuis l'échec de son placement à la Sylvabelle, ainsi que des efforts de sevrage aux médicaments, mais il lui reste encore un long chemin à parcourir avant d'atteindre une stabilité suffisante, permettant une libération conditionnelle. La CCLCED donne un avis favorable quant aux démarches de l'expertisé en vue d'un placement à la Fondation Tannenhof (qui correspondrait à ses capacités

d'adaptation restreintes et il pourrait démontrer son abstinence). Pour cela, il est indispensable de respecter le principe de progressivité d'ouverture du cadre.

Le 7 novembre 2016, le SASPP refuse la libération conditionnelle et ordonne la poursuite de la mesure thérapeutique institutionnelle. Echec de son placement à la Sylvabelle, des révocations du régime de travail externe à deux reprises le 26.10.2009 et le 1.03.2013, des consommations répétées de stupéfiants. L'expertisé a montré des progrès quant à sa problématique addictive (diminution de la médication et abstinence totale), semble prendre conscience de ses fragilités et élabore des stratégies comportementales pour diminuer des réactions impulsives et projectives. Néanmoins, il est prématuré de constater que son état est stable. Il est important qu'il poursuive et consolide son abstinence à tout produit, qu'il travaille sur la gestion des frustrations et de son impulsivité sans recourir à des substances. Ses prestations de travail et son comportement en général au sein de Bellechasse sont satisfaisants. Quant à une remise en question de ses passages à l'acte, il semble avoir une meilleure compréhension des mécanismes y menant et élabore progressivement des stratégies pour éviter la commission de nouvelles infractions. En conclusion, il est prématuré d'accorder une libération conditionnelle et la poursuite de la mesure est décidée en respectant les règles de conduite (se conformer au cadre institutionnel et aux règles des Etablissements de Bellechasse, poursuivre la thérapie auprès de la Dresse Devaud et Mme Eltschinger Koch, poursuivre le traitement neuroleptique par dépôt, maintenir une abstinence totale à l'alcool et aux produits stupéfiants et se soumettre à des contrôles d'abstinence par prélèvements biologiques inopinés).

Rapport thérapeutique du 6 avril 2017, CPF, souligne une bonne alliance thérapeutique avec l'expertisé et une évolution positive. L'expertisé souhaiterait limiter sa prise de benzodiazépines (à titre anxiolytique) et maintenir une abstinence totale aux produits stupéfiants. Il aurait également progressé dans la gestion des émotions, ne se laissant plus déborder lors de situations difficiles, notamment celles vécues en milieu carcéral. Le renforcement des comportements adéquats chez l'expertisé pour gérer la réalité ainsi que la volonté de partage durant les entretiens seraient des facteurs positifs et protecteurs.

Le 12 avril 2017, dans le rapport du Service de probation, l'expertisé est en forme physiquement, à l'écoute et plus alerte. Il a participé à un groupe thérapeutique de maintien

de l'abstinence au cannabis et il a pris conscience de sa problématique, ayant l'intention de ne plus consommer. Il est conscient que de nouvelles consommations d'alcool ou autre le conduiraient à la détention. Il souhaite sortir de ce cercle vicieux présent depuis des années. Il souhaite intégrer rapidement une institution pour faire ses preuves et obtenir une libération conditionnelle en 2019.

L'expertisé a intégré le foyer Pernod le 18 avril 2017 pour suite de la mesure thérapeutique au sens de l'art 59 CP. L'expertisé a bénéficié de manière progressive de différentes ouvertures de régime au foyer Pernod, formalisées par un PEM en septembre 2017. Les différentes phases au foyer dès avril 2017 prévoyaient une socialisation et une structuration du quotidien ainsi qu'une intégration dans un atelier protégé sur le site de Perreux, avec par la suite des possibilités de sortir seul sur le site du CNP, pour des promenades deux fois par jour de 30 minutes à partir d'avril 2017, avec comme objectif de gagner en autonomie et se sociabiliser. Il était prévu à partir d'octobre 2017 d'effectuer des sorties à la cafétéria du foyer une fois par jour durant 30 minutes. Or, depuis novembre 2017, une prise d'urine a révélé un résultat positif au cannabis. Le SASPP a adressé un avertissement à l'expertisé le 14 novembre avec une suspension d'un congé en novembre ainsi qu'un refus d'une prolongation d'un congé prévu à Noël. Le 24 novembre, lors d'une conduite destinée à rendre visite à son père qui réside dans un EMS, l'expertisé aurait consommé de l'alcool à l'insu de son accompagnateur. L'alcootest effectué au retour du foyer a démontré un taux d'alcool de 1,29‰, dès lors une sanction du 28 novembre a été décidée et le SASPP a suspendu les conduites pour rendre visite à son père et reporté les congés avec sa compagne à début février 2018. Le 5 décembre l'expertisé s'est une nouvelle fois révélé positif au cannabis, à la suite de quoi le SASPP a prononcé une deuxième sanction le 6 décembre entraînant une suspension de l'ensemble des phases du PEM concernant les sorties hors du périmètre du foyer Pernod, et ce jusqu'à une date indéterminée. Par la suite, l'expertisé aurait avoué à des collaborateurs du foyer n'avoir jamais arrêté sa consommation de cannabis depuis son retour à l'EFDR Bellechasse en août 2015, après l'échec du placement à l'EMS la Sylvabelle, et il a confirmé ceci en séance le 19 décembre 2017 devant les responsables du SASPP.

Rapport thérapeutique du 2 juin 2017 par Mme Eltschinger Koch, psychologue au CPF, sur un suivi de juillet 2009 à avril 2017, transfert au foyer Pernod. L'expertisé aurait montré une nette progression, tant sur le plan comportemental que dans la prise de conscience de sa problématique addictive. Il se dirait résolu à maintenir une abstinence totale à l'alcool et tout produit illicite, verrait les enjeux importants en cas de rechute. Il souhaiterait développer un projet de vie avec sa compagne, que les consommations entraveraient. En résumé, l'évolution sur le plan psychothérapeutique serait favorable.

Rapport thérapeutique du 19 juin 2017, le CPF évoque ne plus avoir de contact avec l'expertisé depuis son placement en avril.

Le 21 juin 2017, l'Office de probation évoque que l'expertisé s'est bien intégré au foyer et a un bon contact avec les autres résidents et les éducateurs. Il souhaiterait avoir des sorties accompagnées pour faire des achats personnels et des activités durant le week-end. Quant à la consommation de cannabis, il souhaite toujours ne pas consommer.

Selon le rapport thérapeutique du Dr Hirrle du 26 juin 2017, l'évolution de l'expertisé serait positive : il aurait toujours accepté sa médication neuroleptique (Xeplion 25mg toutes les 4 semaines) mais il exprimerait un mal-être après l'application de la médication (anhédonie, apathie, difficultés à éprouver ses propres émotions). Une diminution progressive ou passage à la forme administrée par voie orale pourraient être envisagés. Par ailleurs, l'expertisé semblerait avoir établi une bonne alliance thérapeutique et semblerait être bien adapté au nouveau cadre institutionnel depuis son transfert en avril 2017. Il entretiendrait des contacts réguliers avec sa compagne et les deux participeront prochainement à des entretiens de couple. Les tentations pour consommer de l'alcool et de la drogue n'auraient pas atteint l'expertisé qui garderait une abstinence totale (démontrée par des contrôles inopinés). En résumé, l'évolution serait positive.

Le 28 juin 2017, la CCLCED évoque que l'expertisé a un bon comportement au sein du foyer Pernod et que sa situation s'est stabilisée. Néanmoins, une libération conditionnelle serait jugée comme prématurée, vu qu'il se trouve depuis peu au foyer Pernod et qu'il n'a pas encore testé ses compétences en termes de gestion de l'abstinence lors d'un allègement de régime.

Le 29 juin 2017, le bilan du plan d'exécution de la mesure (PEM), rédigé par le CNP, foyer Pernod (validé par le SESPP le 17 juillet 2017). La thérapie est confiée au Dr Hirrle, médecin au CNP, et à Mme Mariotti, psychologue CNP, dès le 18 avril 2017. L'expertisé se perçoit comme une victime d'une erreur judiciaire. Son comportement, en général, est décrit comme satisfaisant (bonne relation avec les collaborateurs et les résidents, participe à la vie de groupe, bon comportement à l'atelier où il est ponctuel, motivé, précis et montre de l'intérêt, il est compliant au traitement et se soumet au suivi thérapeutique). La progression de la mesure est la suivante : en phase 1, il intègre le foyer et les ateliers ; en phase 2, les sorties seul sur le site du CNP pour des promenades deux fois par jour durant 30 minutes ; phase 3, sorties seul à la cafétéria du foyer une fois par jour durant 30 minutes ; phase 4, passer du temps avec sa compagne sur le site du CNP 3h (phases 1 à 4 dès avril 2017) ; phase 5, permissions accompagnées pour se rendre à divers rendez-vous médicaux à l'extérieur du foyer, dès juillet 2017, phase 6, conduites accompagnées mensuelles de 4h pour faire des achats, dès juillet 2017 ; phase 7, activités sportives et culturelles organisées hors les murs par le foyer Pernod, dès juillet 2017 ; phase 8, conduites accompagnées d'une durée de 4h tous les 2 mois pour rendre visite à son père, dès juillet 2017 ; phase 9, conduites accompagnées bimensuelles d'une durée de 4h pour effectuer des achats, dès septembre 2017 ; phase 10, congés mensuels de 3h avec sa compagne, dès octobre 2017.

Le 12 juillet 2017, le SASPP refuse la libération conditionnelle et ordonne la poursuite de la mesure thérapeutique institutionnelle. Une évolution favorable chez l'expertisé est constatée, néanmoins, il doit encore faire ses preuves dans un milieu moins contraignant et protégé, ainsi que consolider ses acquis développés en thérapie. Le récent transfert au foyer Pernod a pour objectif d'élargir le régime, du fait qu'il continue à montrer des progrès et une abstinence aux produits stupéfiants. Cet élargissement est prématuré, il faut encore que l'expertisé soit confronté aux « contraintes et opportunités d'un milieu ouvert ». En résumé, le SASPP constate que la mesure n'est pas vouée à l'échec, compte tenu de l'évolution positive apparaissant dans les différents rapports des intervenants. Depuis 2016, il semble avoir pris conscience de sa problématique addictive, il maintient une abstinence totale, il a diminué également la médication, sans qu'il y ait des effets secondaires. Son état de santé global s'est amélioré. Il semble tirer des bénéfices du cadre de la mesure, son comportement et son attitude se sont améliorés. Il y a déjà certains assouplissements du

cadre mis en place qui témoignent d'une dynamique de progrès par rapport aux troubles affectant l'expertisé. De plus, il s'est adapté au cadre du foyer. Monsieur Giuseppe CILIBERTO va poursuivre l'exécution de la mesure institutionnelle en respectant les règles de conduite (se conformer au cadre institutionnel et aux règles du foyer, poursuivre la thérapie auprès du Dr Hirrle, poursuivre la médication, et le traitement neuroleptique par dépôt, maintenir une abstinence totale à l'alcool et aux produits stupéfiants et se soumettre à des contrôles d'abstinence par prélèvements biologiques inopinés).

Le SASPP, dans sa décision du 30 octobre 2017, rapporte un avenant à la décision du 12 juillet 2017, concernant la médication. Selon le rapport thérapeutique du Dr Hirrle du 26 juin 2017, l'évolution de l'expertisé est positive : il a toujours accepté sa médication neuroleptique (Xeplion 25mg toutes les 4 semaines) mais il exprime un mal-être après l'application de la médication (anhédonie, apathie, difficultés à éprouver ses propres émotions). Ces ressentis peuvent être des freins dans le suivi psychothérapeutique. Une diminution progressive par voie orale dans le milieu protégé du foyer pourrait être envisagée. L'expertisé confirme ces propos lors d'une séance quelques jours après. Selon la séance du 14 septembre 2017, la CCLCED relève qu'une prise orale du médicament engendre certains désavantages comme le risque de déstabilisation, néanmoins cette commission souhaite responsabiliser l'expertisé en l'incluant dans la prise en charge de sa médication. La transition du mode de prise du médicament nécessite une observation par l'autorité de placement qui doit être informée immédiatement de tout manquement. Un avis favorable est posé quant à la transition progressive de la prise du neuroleptique dépôt à une prise orale pour aboutir uniquement à une prise orale, sous condition que l'administration soit surveillée.

Le SASPP, dans un courrier du 22 mai 2018, évoque une sanction. L'expertisé a reçu deux avertissements en novembre et décembre 2017 en raison d'une consommation de cannabis et d'alcool pendant une conduite destinée à rendre visite à son père en EMS. Par ailleurs, l'expertisé a informé lors d'un réseau en décembre 2017 qu'il n'avait jamais cessé sa consommation de cannabis depuis août 2015. Il a eu une période d'abstinence entre l'entrée au foyer Pernod en avril 2017 et le mois de septembre 2017. Actuellement, il ne parvient pas à maintenir cette abstinence et poursuit la consommation de cannabis. Il avait

une conduite, pour rendre visite à son père en EMS, le 9 mai 2018, lors de laquelle il a consommé de l'alcool. La prochaine visite chez son père n'aura pas lieu avant août 2018.

Le 6 juin 2018, la Direction du foyer Pernod, évoque que les premières semaines d'intégration en avril 2017, ont été difficiles en raison du changement radical en comparaison avec la prison, mais qu'actuellement, l'expertisé est moins anxieux et très preneur de l'accompagnement proposé. Il fait preuve d'un bon comportement, s'implique dans la vie communautaire, adopte une attitude correcte, empathique et respectueuse. Il peut parfois se sentir démuni face à une situation de crise et se montre pressant dans ses demandes, surtout financières. Au quotidien, il a quelques difficultés de mémorisation, amenant parfois des malentendus et le déstabilisant. Comme il dialogue bien avec les intervenants, qui le rassurent, certaines situations sont vite éclaircies. Il a été hospitalisé à deux reprises depuis son arrivée, en octobre 2017 pendant 10 jours en raison d'un état dépressif et deux semaines en janvier 2018, suite à une consommation d'alcool en novembre 2017. L'expertisé vient parler ouvertement de sa consommation de cannabis, environ 1gr par jour, avec les intervenants qui l'incitent à diminuer. **Depuis janvier 2018, l'évolution globale est positive,** il participe aux sorties proposées, effectue diverses activités sportives et participe à des ateliers thérapeutiques. Dans les ateliers occupationnels, il est apprécié, décrit comme ponctuel, motivé et engagé. Quant aux relations extérieures, il entretient des contacts téléphoniques avec son ex-femme et son père. Les objectifs fixés sont en lien avec une réhabilitation sociale, professionnelle et familiale, il lui est rappelé qu'il doit **rester vigilant quant à sa dépendance aux substances**. Il commence à prendre confiance en lui et en ses compétences mais il reste encore fragile. Ainsi, prévoir des ouvertures du cadre semble judicieux par le foyer afin de disposer d'un outil d'observation quant à son comportement à l'extérieur.

Selon le rapport thérapeutique du Dr Hirrle du 14 juin 2018, le suivi psychiatrique aurait débuté dès l'arrivée de l'expertisé au foyer Pernod, en avril 2017. Dans un premier temps, les séances auraient eu lieu toutes les semaines, puis par la suite, toutes les deux à trois semaines. Le suivi par le médecin serait associé à un suivi psychothérapeutique par Mme Peixoto, psychologue. Depuis mai 2018, la fréquence des séances serait mensuelle. L'état psychique serait considéré comme stable grâce au cadre éducatif du foyer, le suivi, le travail

en atelier protégé, la musicothérapie et les contacts avec son amie. Les thèmes abordés seraient l'abstinence aux drogues et à l'alcool, retrouver la confiance en soi, gérer ses émotions et comportements, retrouver son autonomie, éviter les situations à risque et développer des perspectives pour l'avenir. L'expertisé serait un consommateur de cannabis régulier depuis de nombreuses années, il aurait arrêté une consommation régulière de drogues dures depuis longtemps. La dépendance aux benzodiazépines serait présente mais une baisse progressive des doses serait en cours. L'expertisé consommerait 1 gr/jour de cannabis. La consommation d'alcool semblerait plus inquiétante du point de vue des risques. Une ouverture de cadre est estimée comme favorable, l'évolution psychique de l'expertisé serait positive, même si son état psychique resterait fragile, mais gérable au foyer. Il n'aurait jamais manifesté de violence envers les résidents ou le personnel. Il travaillerait de façon motivée et régulière dans un atelier et se comporterait adéquatement. Lors des déplacements seul, il devrait garder une abstinence totale aux drogues et à l'alcool, des contrôles seraient effectuées par le foyer.

En séance du 4 juillet 2018, la CCLCED évoque une rechute de consommation d'alcool lors d'une sortie accompagnée chez son père en novembre 2017. **Il n'a jamais cessé la consommation de cannabis depuis son retour de l'EDFR-Bellechase en août 2015**. Une évolution globale positive est relevée depuis le début de l'année. Toutefois, une libération conditionnelle de la mesure est prématurée. Concernant les deux phases d'ouverture de régime, l'avis est favorable (activité au sein des ateliers protégés du CNP sur le site de Préfargier et congé hebdomadaire de 3h pour faire des achats à Boudry). Quant au traitement neuroleptique par injection dépôt, il se poursuit (pas de transition progressive de la prise orale en raison de la consommation de cannabis). La libération conditionnelle est préavisée négativement. Pour rappel, la fin de la mesure est prévue au 20.03.2019. Besoin d'une nouvelle évaluation par un expert.

Le 23 juillet 2018, bilan du plan d'exécution de la mesure (PEM). Les objectifs généraux sont de poursuivre l'exécution de la mesure, participer aux activités proposées par le foyer, poursuivre la réflexion et le travail sur les consommations de psychotropes, la gestion des émotions et des relations interpersonnelles et l'identification de ses fragilités, annoncer aux intervenants ses consommations de cannabis afin d'avoir une vision globale. La progression

de la mesure est la suivante : en phase 1, socialisation et structuration du quotidien, intégration dans un atelier protégé sur le site de Perreux dès avril 2017 ; en phase 2, les sorties seul sur le site du CNP pour des promenades deux fois par jour durant 30 minutes dès avril 2017 ; phase 3, sorties seul à la cafétéria du foyer une fois par jour durant 30 minutes dès octobre 2017 ; phase 4, passer du temps avec sa compagne sur le site du CNP 3h dès avril 2017 ; phase 5, permissions accompagnées pour se rendre à divers rendez-vous médicaux à l'extérieur du foyer, dès juillet 2017 ; phase 6, conduites accompagnées mensuelles de 4h pour faire des achats, dès juillet 2017 ; phase 7, activités sportives et culturelles organisées hors les murs par le foyer Pernod, dès juillet 2017 ; phase 8, conduites accompagnées d'une durée de 4h tous les 2 mois pour rendre visite à son père, dès juillet 2017 ; phase 9, conduites accompagnées bimensuelles d'une durée de 4h pour effectuer des achats, dès septembre 2017 ; phase 10, congés mensuels de 3h avec sa compagne, dès octobre 2017 ; phase 11, activité hebdomadaire au sein des ateliers protégés du CNP sur le site de Perreux, dès août 2018 ; phase 12, congés hebdomadaires de 3h afin d'effectuer des achats à Boudry, dès août 2018.

Le 24 juillet 2018, le SASPP refuse la libération conditionnelle, refuse la levée de mesure, ordonne la poursuite de la mesure thérapeutique institutionnelle et saisit le Tribunal compétent pour demander une prolongation de la mesure institutionnelle. Depuis le 12 novembre 2017, plusieurs incidents ont eu lieu : 12.11.2017, résultat positif au cannabis après une prise d'urine ; avertissement du SESPP, le 14.11, avec suspension d'un congé en novembre et refus de prolonger un congé prévu à Noël ; lors d'une conduite le 24.11, pour rendre visite à son père, l'expertisé a consommé de l'alcool, 1.29 pour mille ; sanction du 28.11, conduites suspendues pour rendre visite à son père et les congés avec sa compagne (qui n'avaient pas encore débuté) jusqu'en février 2018 ; 5.12, il a consommé à nouveau du cannabis, deuxième sanction du SESPP le lendemain avec suspension des phases du PEM concernant les sorties hors du périmètre du foyer, jusqu'à une date indéterminée. Lors d'un réseau, en décembre 2017, les intervenants évoquent que le vin qu'il a consommé lors de la visite de son père avait été amené par lui-même et qu'il a profité d'être seul avec pour en boire. Les liens de confiance ont été mis à mal. De plus, l'expertisé aurait annoncé n'avoir jamais interrompu sa consommation de cannabis depuis août 2015, après l'échec de son placement à La Sylvabelle. Le Dr Hirrle évoque un parcours de

polytoxicomanie ainsi il semble peu probable d'attendre de lui une abstinence totale au cannabis. L'expertisé aurait évoqué une période d'abstinence au cannabis d'avril 2017 à septembre, ayant cédé à la tentation en raison d'une période difficile sur le plan personnel. Il souhaite se reprendre en main et sortir de cette crise, se sentant capable. Quant à la conduite à l'EMS chez son père, il évoque avoir voulu trinquer avec son père, ne pensant pas qu'un verre serait détecté par l'alcootest. Mais il aurait quand même consommé quatre verres de vin, relâchant sa détermination. Entre janvier et février 2018, il a fait un sevrage en milieu hospitalier, néanmoins il a continué à consommer du cannabis. À la suite d'une lettre de motivation de sa part et d'un préavis positif du foyer et du psychiatre, le SESPP a autorisé la reprise d'une partie des phases du PEM dès mars 2018. La reprise du PEM a eu lieu dès le 1er mai, or le 9 mai, l'expertisé a eu une conduite pour rendre visite à son père, qu'il n'avait pas revu depuis novembre 2017, lors de laquelle il a consommé du cannabis. Le 15 mai, il aurait confié à un de ses référents qu'il avait bu une bière à une autre occasion. Le SASPP, le 22 mai 2018, prononce une sanction, avec report d'un mois de la prochaine conduite pour voir son père. L'avis du SESPP quant à une libération conditionnelle est défavorable, car prématurée. Malgré une évolution favorable au niveau de son comportement, il reste très fragile quant à sa dépendance. Il n'a jamais arrêté sa consommation de cannabis. Il consomme quotidiennement du cannabis et à deux reprises, il a consommé de l'alcool. Un travail thérapeutique et socio-éducatif important reste à faire afin que l'expertisé puisse gagner en autonomie et en gestion au quotidien, avant de franchir l'étape supplémentaire dans l'exécution de la mesure. Des allègements de régime sont prévus par la suite et permettront de continuer à observer l'expertisé dans un cadre plus étendu. Monsieur Giuseppe CILIBERTO va poursuivre l'exécution de la mesure institutionnelle en respectant les règles de conduite (se conformer au cadre institutionnel et aux règles du foyer, poursuivre la thérapie auprès du Dr Hirrle, poursuivre la médication, et le traitement neuroleptique par dépôt, maintenir une abstinence totale à l'alcool et aux drogues dures, viser l'abstinence du cannabis, et se soumettre à des contrôles d'abstinence par prélèvements biologiques inopinés).

ANAMNESE

Anamnèse personnelle

En 1959, les parents Monsieur Giuseppe CILIBERTO arrivent en Suisse de l'Italie pour travailler. Ils se marient en 1966 ; la sœur de l'expertisé est née en 1967 à Fribourg, à Villars-sur-Glâne, et en 1969, l'expertisé naît en Italie, sa mère étant allée en Italie pour accoucher et étant rapidement revenue avec lui. Son père a travaillé à 100% comme ouvrier machiniste pendant 30 ans à Cafag à Pérolles (emballage sacs poubelles). Sa mère travaillait également à 100% chez Vibrometeur (construction de « boîtes noires » pour les avions), à Villars-sur-Glâne. Ils ont « travaillé comme des malades », la mission catholique italienne à Fribourg gardait les enfants. Il évoque avoir mal vécu la séparation d'avec sa mère, il était « très attaché à elle » car toute la journée passait, sans qu'il la voie. L'ambiance familiale est décrite comme mauvaise, avec un père alcoolique qui le « frappait tous les jours », ainsi que sa mère et sa sœur. L'expertisé relate des épisodes où ils s'enfermaient, les trois, à clé et quand ils sortaient, son père était au salon, sa mère retournait en cuisine, et sa sœur et lui ressentaient de la peur, en étant toujours sur le qui-vive. Le père a arrêté de boire en 2014, à son entrée en EMS. Son père va avoir 80 ans tout prochainement.

Les parents se sont séparés quand l'expertisé était âgé d'environ 26 ans. Il évoque la séparation des parents comme un événement qu'il a très mal vécu, se sentant coupable, « je ne sais pas mais je pense que c'est un peu moi la cause », car sa mère le défendait, tandis que son père le « tabassait ». C'est le père qui est parti et il s'est remarié après avec une femme de 40 ans, qui avait avec une fille de bas âge. Leur mariage a duré 6 mois. L'expertisé décrit un troisième mariage du père avec une femme de 24 ans qui a eu lieu peu après, et a duré 2 ans.

L'expertisé décrit son père comme « quelqu'un qui ne parlait pas beaucoup, de muet, avec qui il y avait peu de communication ». A l'époque de la séparation des parents, l'expertisé a 26 ans, se décrit comme « grand, mais pas mature », période où il consommait beaucoup de drogues. Sa sœur gérait la maison. Le père ayant déménagé, les contacts avec lui ont été gardés, l'expertisé allait chez lui toutes les semaines ou tous les 10 jours, pour faire des commissions. Son père lui donnait de l'argent et une liste d'achats.

Un cancer des poumons a été découvert chez la mère en fin 1994. Elle en est décédée en mai 1995. L'expertisé évoque ne pas avoir eu assez le temps de parler avec elle. En effet, « grand toxicomane » à l'époque, il était dans son monde ». Il rapporte avoir eu des remords, car il n'avait pas pu s'occuper d'elle et n'avait pas été présent.

Il a de la famille en Italie (dans les Abbruzes, dans une grande ville au bord de la mer), sa mère avait une fratrie de 11. Monsieur Giuseppe CILIBERTO a des contacts réguliers avec ses tantes par téléphone, elles ne sont pas au courant de sa situation actuelle. Il pourrait les appeler mais il ne le souhaite pas, il a « honte ». De plus, elles « ne comprennent pas que ça fait 20 ans qu'il est en train de payer disproportionnellement un acte délictueux ». Il évoque le lien avec sa sœur, de 2005 à 2009 quand il était institutionnalisé à St-Jean, où il rentrait tous les week-ends pendant ces années chez elle. Il s'alcoolisait beaucoup et un jour, en 2009, sa sœur a décidé de ne plus l'accueillir. Actuellement, ils se parlent deux fois par année par téléphone. Ils devaient se voir le 19.12 à l'EMS chez leur père mais elle n'est pas venue. Il a un neveu, né en 2000, qu'il a vu la dernière fois en 2009. Il a des contacts téléphoniques avec lui une fois par année pour son anniversaire. Le dernier téléphone remonte à mai 2018, l'expertisé explique avoir été étonné car son neveu avait déjà une voix masculine. Il est inscrit dans une école de dessin. L'expertisé évoque sa fierté d'avoir un neveu comme lui. Sa sœur s'est séparée après 2009, il ne sait pas exactement quand. Quand il parle de son ancien beau-frère, il évoque un contact « sans plus, sans dialogue », selon lui, rien ne les rapprochait.

Anamnèse personnelle et sociale

Comme loisirs en tant qu'enfant, il mentionne le football, il jouait dans un club dès l'âge de 7 ans (jusqu'à 29 ans, âge de l'incarcération, au Club FC Central Fribourg, en tant que buteur). Les « meilleurs amis, les confidents » à qui il racontait tout jusqu'à ses 12 ans, également la violence vécue de son père, étaient le président du club et le médecin du club. En 1998, lors de la première incarcération à la Prison Centrale, Fribourg, il retrouve le contact avec ce médecin.

En parallèle de la scolarité et du football, il jouait au hockey dans l'équipe Gotteron, en tant que junior. Il pratiquait de l'athlétisme.

Il a fait l'école de recrue au sein de l'armée, avec la fonction de grenadier qu'il a appréciée (l'esprit de combativité, compétition, la camaraderie). Il a fait un cours de répétition et lors du second, le médecin de compagnie, en apprenant qu'il était héroïnomane et cocaïnomane, a signé la libération. L'expertisé résume que c'est à cette époque-là que la drogue a pris le dessus.

Sa meilleure amie actuelle est Patricia, son ancienne épouse, avec qui il est toujours en contact. Il ne décrit pas d'autre réseau amical. Depuis de nombreuses années, il n'a également plus de loisirs.

Anamnèse scolaire et professionnelle

Il a fréquenté l'école publique de Schönberg où il était bien intégré, il décrit une « scolarité exemplaire », avec d'excellentes notes et sans difficultés, pas de redoublement, il était régulièrement le 1er de la classe. Il a fait l'école secondaire (école Belluard) ainsi qu'un « excellent apprentissage ». Il ne décrit pas de problèmes avec des camarades, ni ses enseignants. Il n'a pas non plus de vécu de rejet de la classe. Quant aux cours, il avait pour certains domaines l'impression d'y « perdre son temps », appréciant toutefois particulièrement tout ce qui touche aux chiffres. Il décrit que lors des cours en mathématiques, parfois, il remarquait les erreurs d'inattention du professeur et le lui disait. Il avait des bonnes notes dans toutes les branches. Lors des pauses, il jouait au foot, avec des amis du club et de l'école.

Il a commencé son apprentissage d'employé de commerce à 14 ans, et, après l'obtention du CFC en 1987, il est parti en Australie durant 6 mois, accompagné de sa mère. Par la suite, il a travaillé, fréquemment comme comptable, entre autres à l'impôt communal, à la Confédération suisse (domaine militaire à Payerne), au Syndicat des bouchers à Fribourg et aussi à l'Office des poursuites de la Sarine (dans la comptabilité). Son parcours professionnel comporterait des multiples changements d'emploi, en lien avec sa consommation de drogues. En effet, ses employeurs s'en doutaient et finissaient par

découvrir la consommation. Par exemple, à l'impôt communal, il consommait dans le bureau, et dès qu'il y a eu suspicion, il a quitté de lui-même. Après, chez Meuble Diga à Granges-Paccot et à l'aéroport militaire de Payerne, il évoque que son salaire était dépensé dans la consommation. Il décrit un épisode où un patron l'a renvoyé en le surprenant dans les toilettes en train de nettoyer sa seringue. L'expertisé comprenait la réaction du supérieur, « c'est une substance qui n'a rien à faire au travail… ou ailleurs ».

Par la suite, il a régulièrement trouvé des emplois dans le domaine de la comptabilité, mais en raison de la consommation de drogue, il les quittait. Après la première incarcération, en 2000-2001, il a pris un appartement à Fribourg et a travaillé chez Emaus en 2002 et 2003.

Selon les dires de l'expertisé, il bénéficierait d'une rente AI à 100% pour une affection scrotale.

Anamnèse du développement affectif et sexuel

Sur le plan sexuel, il décrit que dès l'âge de 12 ans, il a été régulièrement, tous les mois, abusé sexuellement par le président du club (fellations subies et il pénétrait l'agresseur). Par la suite, il lui donnait de l'argent pour acheter du cannabis qu'ils fumaient ensemble (dès 14 ans). Au départ, l'expertisé pensait que cette personne lui donnait l'argent pour qu'il garde le silence. Dès ses 18 ans, la relation entre cet homme et lui est décrite comme « intéressée », c'est-à-dire qu'il prêtait sa voiture et ses cartes de crédit à l'expertisé, qu'il finançait la consommation, il l'a même amené une fois à Marseille. En contrepartie, cette personne attendait des faveurs sexuelles.

Vers 25 ans, en 1994, Monsieur Giuseppe CILIBERTO porte plainte, mais comme le délai de prescription était de 10 ans, ces plaintes n'ont pas abouti. Il a connaissance de deux, trois autres victimes à l'époque. Un autre de ses camarades aurait déposé plainte dès 1994, mais il serait décédé par surdose de toxiques en 2004.

Quant à une relation sentimentale, il s'intéressait aux filles, il avait du succès, se décrit comme ayant été un « beau adolescent ». Sa sexualité aurait débuté vers 14 ans et l'expertisé n'a jamais douté de son orientation hétérosexuelle, malgré l'abus et le fait que le président du club lui montrait des films pornographiques mettant en scène des hommes. Il

fréquentait plusieurs femmes, parfois en même temps. Elles étaient souvent plus âgées que lui (de 3 à 10 ans), souvent il les rencontrait au stade. Il partage que c'était agréable de se sentir valorisé par l'attirance qu'il pouvait exercer. Il tombait fréquemment amoureux, mais comme il était souvent sous l'influence de la drogue, il ne s'occupait pas de ses relations comme il aurait voulu. Il aurait connu entre 6 et 8 femmes avec qui il a entretenu une relation de couple, mais il décrit avoir été « amoureux de toutes les femmes » avec qui il aurait eu des relations, « entre 100 et 150 femmes ». Christine était sa première compagne, elle avait 9 ans de plus, il avait 17 ans, ils sont restés ensemble un an. C'est lui qui serait parti pour une autre fille, Joana, relation qu'il estime comme étant la plus importante. C'est la seule compagne qu'il avait présenté à sa famille. Avec Joana, il est resté 8 ans, de ses 18 à 26 ans. Elle travaillait dans la vente, avait un an de moins que lui et il la décrit comme ayant été « très belle ». Parfois il fréquentait d'autres femmes. Ils se sont séparés à cause des drogues, elle ne consommait pas, et lui, il consommait trop, était « tout le temps dans les vaps ». Elle aurait eu le souhait de mariage et d'enfants. Elle savait pour la consommation de drogues, mais ne le voyait jamais s'injecter. Elle ne connaissait pas ce milieu. Puis, il évoque Manuella (40 ans et lui 25 ans), avec qui il est resté plus de 2 ans, Nadia avec qui, il a vécu un « gros chagrin », car c'est elle qui est partie après quelques mois. La raison des ruptures était souvent le fait qu'il partait pour une autre femme. Il a été marié avec Patricia, avec qui, il entretient toujours des contacts réguliers. Depuis le foyer, ils se téléphonaient toutes les 2-3 semaines. Ils se connaissaient depuis 1980 et étaient ensemble depuis 2000. Le mariage a eu lieu en 2004. Il a été incarcéré en février 2004. En 2005, ils divorcent d'un commun accord, selon lui, elle n'a pas refait sa vie amoureuse.

Prisca, née en 1956, sa compagne actuelle, décrite comme « très fidèle », relation depuis 12 ans. Ce serait à elle qu'il a raconté sa vie, elle a compris son fonctionnement. Il évoque que sa compréhension et son écoute l'ont touché profondément. Elle travaillait comme responsable-pédagogue à St-Jean, dans l'une unité carcérale. De 2007 à 2009, il passait ses congés chez elle ce que personne ne savait. Il a dévoilé leur relation accidentellement. Prisca a 12 ans de plus que lui, mais les deux vivent bien cette différence. Elle a rencontré son père et sa sœur lors d'un congé en 2015. Prisca est venue le chercher et ils ont rendu visite à son père et sa sœur était présente. Ils se parlent tous les jours au téléphone, elle lui rendait visite régulièrement et il a même eu quelques congés de 4h avec elle, courant 2018,

qui se sont bien déroulés. Elle venait le chercher en voiture, ils allaient au restaurant et faire une promenade au bord du lac, et au retour, elle restait un moment au foyer.

Anamnèse de consommation

L'expertisé dit avoir débuté une consommation de cannabis dès l'âge de 14 ans. Il serait à préciser que lorsque l'expertisé parle de « cannabis », il comprend la résine produite par les fleurs des plantes femelles du cannabis, dont il forme de petites boulettes qu'il intègre dans une cigarette roulée avec du tabac. « La consommation quotidienne depuis ses 16 ans » de ce produit, également appelé « haschich » est affirmée aussi par le Dr Denis PAUCHARD dans son rapport d'expertise de 1998. Cette résine est particulièrement riche en cannabinoïdes psychoactifs, dans un degré supérieur à celle des sommités fleuries séchées de la plante que les usagers nomment couramment « cannabis ».

À la suite d'une révélation des abus sexuels dont l'expertisé aurait été la victime, dont il a parlé à son maître d'apprentissage, vers 14 ans, suite au questionnement de ce dernier, devant l'observation chez l'expertisé « d'un comportement bizarre, très introverti, très méfiant et sur la défensive », il a été consulté par un médecin à Fribourg qui lui a prescrit un traitement contre l'anxiété, de Lexotanil (1.5 mg par jour), que l'expertisé aurait pris régulièrement, avec une escalade de la consommation décrite par l'expertisé, jusque plusieurs comprimés par jour quelques années plus tard. L'expertisé parle de 30 comprimés de 1.5 mg de Lexotanil par jour, une dose qui est rapportée également lors de la première expertise, par Dr Denis PAUCHARD. Cette dose correspond au quintuple de la dose maximale recommandée.[1]

A 21 ans, il décrit une dépendance établie à l'héroïne et la drogue aurait pris le dessus sur sa vie, il était tout le temps en manque. En effet, vers 20 ans, il se décrit comme ayant été « héroïnomane et cocaïnomane », avec des consommations par injections intraveineuses. Il continuait à jouer au football, et lors des mi-temps, il allait dans les toilettes, « se shooter ». Il fumait également du cannabis quotidiennement. De 1991 à 1998, il décrit une

1 Compendium suisse des médicaments, © HCI Solutions SA Web Version 1.0.0.29949

consommation de « 2-3 gr d'héroïne et le THC 3-4 gr par jour », la cocaïne lors des jours festifs. Il a vécu deux surdoses : en 1994 à la maison, c'est sa mère qui l'a entendu tomber dans les toilettes et a appelé les secours ; et en 1996, à Berne, dans le parc devant le Palais fédéral, une personne qui l'accompagnait a appelé l'ambulance. En 1998, en prison, il arrête toute substance. Il aurait commencé une substitution par méthadone. Les parents ont pris connaissance du problème, après l'overdose, ils n'en ont pas parlé, « on ne s'est jamais assis autour d'une table pour en parler ». Le père était très en colère et l'aurait frappé suite à cette révélation.

Depuis 1998, il dit ne plus avoir consommé de cocaïne ni héroïne, grâce à la méthadone. En plus, il dira « j'en avais marre, l'héroïne me faisait courir à gauche et à droite à n'importe quel moment de la nuit... ». Il a continué sa consommation d'alcool et cannabis.

En 2000 : il est sous mesure de substitution, il va vivre à Barcelone quelques mois. Il savait qu'il ne respectait pas les conditions de la libération conditionnelle. Il dit avoir eu besoin de souffler, il savait qu'il risquait des sanctions au retour. A Barcelone, « il vivait dans la rue et faisait la manche, en binôme avec un joueur d'un instrument ». Il aurait également travaillé dans les vendanges pendant un mois. Il continuait à fumer de cannabis.

En 2012, il a consommé de la cocaïne un soir à la maison, il voulait « ressentir l'effet après 15 ans d'abstinence, les sensations de mes 20 ans ».

Il consommait du cannabis au foyer 1gr par jour. Il l'achetait avec son argent de poche. Il recherchait l'effet qui était : une envie de parler aux autres, une motivation ou encore un « soulagement mental ». Quand il fume un joint, il a envie d'être actif. Et sans le cannabis, il n'a plus cet entrain, ni motivation, ni un mode actif des journées, il se décrit comme « un peu amorphe ». Ainsi l'effet du cannabis « l'aide à réfléchir sur soi-même, à être complétement soi-même ». Il peut s'en passer pendant un ou deux mois, mais dès qu'il donne son urine avec un résultat négatif, il refume, car « je me sens tellement moi-même ». Il évoque le Valium, un médicament anxiolytique qui lui a été prescrit, qui aurait cet effet également et dont il est en train de se sevrer. Quand il ne fume pas, il se renferme sur lui, devient « presque muet », et il ne sait pas pourquoi. Il décrit quand il est sous l'effet du cannabis « faire ressortir des ressources que j'utilise dans les dialogues, le sport, retrouver le moi intérieur, un début de paix, plus ouvert aux autres et au moment présent ».

Historique des évaluations d'expertise

Monsieur CILIBERTO a été sujet à plusieurs expertises psychiatriques et divers rapports médicaux :

• **2006, 2004, 2002 et 1998 par le Dr Denis PAUCHARD** qui conclue à un *trouble de personnalité avec une caractériopathie, des failles narcissiques et une immaturité*, ainsi qu'une *intoxication à l'alcool*, une *dépression chronique récurrente* et une *dépendance au cannabis*. *Hépatite B*. Dans son expertise de 1998, Dr PAUCHARD mentionne trois séjours à l'Hôpital psychiatrique de Marsens précédant son évaluation d'expertise, en 1992, 1995 et 1996, puis un séjour en 1998. Les diagnostics retenus par cet établissement seraient de *Troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (méthadone, cocaïne, cannabis, benzodiazépines, alcool)*, avec *Dépendance à ces substances* et un diagnostic différentiel de 2ème ordre de *Trouble schizotypique*. Ce dernier trouble est exclu par cet expert, avec l'argument qu'il n'existe pas de bizarrerie de la pensée, ni des perceptions. Dans sa deuxième expertise du 29.3.2004, Dr PAUCHARD discute de la possibilité d'instaurer un traitement aversif par Antabuse (Disulfiram), page 27.

Par ailleurs, il indique l'octroi d'une rente AI à 100%, pour des raisons psychiatriques, à partir du 1er février 1998.

• **Le 28.8.2001 les Drs U. MILKE et A. GUNZINGER**, respectivement médecin Chef et médecin assistant au Service de psychiatrie forensique de Berne, ont réalisé une expertise psychiatrique qui ne retenait pas le diagnostic de trouble de la personnalité, mais des *Traits de la personnalité de type schizoïde*, notamment en raison de la tendance à la solitude et distance émotionnelle, pas suffisants selon les experts pour satisfaire aux critères généraux de diagnostic de *Trouble de la personnalité*. Ils constataient une *Dépendance au cannabis*. En l'état, ils considéraient le risque de récidive comme faible, que le cannabis n'augmentait pas le potentiel agressif de l'expertisé, qu'il démontrait une évolution sur le plan des dépendances qui était satisfaisante. Ce risque pouvait augmenter en cas de rechute dans la consommation d'alcool ou anxiolytiques de type benzodiazépines.

• **Le Prof. B. GRAVIER du SMPP, le 6.10.2008**, évoque des troubles mixtes de la personnalité à traits paranoïaques et émotionnellement labiles de type impulsif (F61), syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19), abstinent dans un milieu protégé. Le risque d'acte de violence est non négligeable, en tout temps pouvant être réactivé par une consommation d'alcool ou une autre substance, se manifestant par des excès de colère non maîtrisables. Il recommande de maintenir un cadre rigoureux, ce qui serait le meilleur gage pour une évolution.

L'expert mentionne trois séjours à l'hôpital de Marsens depuis l'expertise du Dr PAUCHARD, en 2003, pour un *état anxio-dépressif* et *abus d'alcool* avec comportements agressifs, en 2005, en raison de *difficultés à suivre le rythme et les contraintes quotidiennes au foyer Le Radeau* et du 23.9 au 8.11.2005, à la demande du SESPP, suite à *l'échec du placement au Radeau, sans autrement de signes de décompensation psychiatrique.* Le diagnostic de *Trouble de la personnalité* serait à chaque fois posé par l'établissement hospitalier, avec oscillation du type spécifique de trouble, entre un *type émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30), schizotypique (F 21) et sans précision (F60.9).*

Il fait état de l'introduction, depuis le 12.02.2007 d'un traitement antipsychotique par Olanzapine, à une dose de 2.5 mg, puis l'augmentation à 5 mg depuis le 12.7.2007, en raison de crises avec irritabilité, méfiance et agitation.

L'expert trouvait que le travail psychothérapeutique effectué était parfaitement approprié et laissait entendre que sa poursuite était indiquée, même si l'évolution était lente et certaines capacités (notamment d'introspection) avaient un potentiel limité.

• **Prof. GRAVIER en novembre 2013** : l'expertisé évoque les actes de 2004 en les banalisant, il tient toujours le même discours. Le potentiel d'évolution serait limité : le suivi relève plus d'un étayage et d'un espace de soutien qu'une démarche psychothérapeutique (l'expertisé ayant peu conscience de ses difficultés psychologiques et des fragilités), il minimiserait son appétence pour l'alcool et les toxiques. L'abstinence serait un objectif incontournable. Le risque de violence est estimé comme moyennement élevé. Nécessité d'un cadre soutenu et structurant qui pourrait limiter ce risque, une prise de neuroleptique et une abstinence totale. Il faudrait également maintenir cette exigence d'abstinence tout

en restant conscient de la fragilité (conscience partielle chez l'expertisé des troubles psychiques et de ses fragilités). Il aurait progressé dans la gestion de sa réactivité agressive, mais le risque de violence existe.

Traitement actuel

Monsieur CILIBERTO bénéficie actuellement du traitement suivant :

- 10 mg de Valium, un traitement anxiolytique, depuis janvier 2019 (au Foyer Pernod, il avait 50 mg par jour et quand il est parti il était à 20 mg et actuellement à 10 mg : 5 mg matin et 5 mg soir). Son objectif est d'arriver à zéro le plus vite possible. La dose habituelle de ce traitement est de 5 à 20 mg /j, [2] avec un maximum recommandé de 40 mg par jour. Selon les recommandations, la durée de traitement ne devrait pas dépasser deux à trois mois, principalement en raison des risques de dépendance, mais aussi en ce qui concerne les effets secondaires sur la mémoire, vitesse de traitement de l'information et la concentration.

- 25 mg de Xeplion par dépôt intramusculaire (IM) tous les mois par injection depuis 2009. Le Xeplion est indiqué dans le traitement de la schizophrénie. Dans cette indication, qui est l'unique indication officielle, la dose prescrite couramment varie entre 25 et 150 mg, la dose moyenne recommandée est de 75 mg IM /mois. [3]

EVALUATION PSYCHIATRIQUE STRUCTUREE

Status psychique (selon AMDP[4], complété par des éléments relationnels)

L'expertisé, âgé de 50 ans, faisant son âge. Vigilant, orienté et calme, son attitude est marquée par l'envie de manifester une attitude collaborative. Son discours est informatif et cohérent.

---

2 Compendium suisse des médicaments, © HCI Solutions SA Web Version 1.0.0.29949

3 Compendium suisse des médicaments, © HCI Solutions SA Web Version 1.0.0.29949

4 Fähndrich, E. & Stieglitz, R.-D.: Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems (3. überarbeitete Auflage). Hogrefe, Berlin 2007, ISBN 978-3801719302

Pas de trouble de l'attention, de la compréhension et de la concentration. Pas de troubles de fixation ou évocation de la mémoire. Il y a des angoisses flottantes, parfois accentuées par un contexte social. Il y a un évitement relationnel sur cette base anxieuse.

En ce qui concerne le registre psychotique, au moment de l'entretien l'expertisé ne présente aucun trouble formel ou du contenu de la pensée. Nous n'observons pas de barrages. Il n'y a pas de bizarreries dans ses propos ni d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'existe pas non plus de trouble de la perception sous forme d'illusions ou d'hallucinations, pas d'expériences de concernement ou référence. Lorsqu'il s'agit de présence de délires, l'expertisé infirme l'existence de pressentiment, intuition ou pressentiment délirants. Il y a une distance critique vis à vis de l'ensemble des thématiques abordées, sans envahissement des idées. Pas de trouble de l'évidence naturelle, de sentiment d'étrangeté ou de contenu de type croyance ou perception bizarre.

Le discours de l'expertisé est moyennement abondant. A relever une persévérance à certains moments, surtout lorsque l'on aborde des actes pour lesquels il a été condamné. Au fil des entretiens, on perçoit l'expertisé nerveux à certains moments avec une certaine tension musculaire apparente, en lien avec la situation expertale. Il élude certaines questions. Nous devons à certains moments reformuler les questions ainsi qu'insister pour obtenir des réponses. La thymie est neutre, stable, sans symptômes significatifs de la lignée dépressive et notamment sans la persistance d'une tristesse ou anhédonie au fil des différents entretiens d'évaluation. Il n'y a pas d'idées pessimistes, ni d'envies suicidaires. L'élan vital est bien conservé. Pas de trouble du sommeil, ni de l'appétit.

En rapport avec le registre maniaque, il n'y a pas d'élation de l'humeur objectivée au cours de l'entretien ou rapportée dans le courant de la vie quotidienne pouvant faire suspecter la présence de fluctuations thymiques significatives.

Concernant les conduites alimentaires, on note l'absence de conduites hyperphagiques, de restriction ou de fixation, ni de distorsion du schéma corporel.

Du point de vue relationnel, au début de l'entretien, l'expertisé répond calmement aux questions. Par la suite, durant le second entretien et particulièrement lors du troisième, l'expertisé demande à quelques reprises de l'aider à avancer dans sa situation actuelle et de l'aider à pouvoir rester au foyer Pernod.

PCL-R[5] : Echelle de psychopathie de Robert Hare

Après cotation, l'ensemble des éléments forme un score qui se trouve **en-dessous du seuil de psychopathie, dans la zone intermédiaire,** au sens défini par Hare et collaborateurs, qui situe l'expertisé au 46ème percentile pour le score total des sujets suivis en ambulatoire dans un setting forensique, dans l'échantillon des auteurs de l'outil. Nous considérons le score comme moyennement élevé. Le score de **facteur 1** se trouve au 60ème percentile, celui de **facteur 2** au 33ème percentile de la population forensique. Concernant l'évaluation des différentes facettes, le profil démontre des scores ayant des percentiles relativement faibles avec une prédominance du score de la facette 2 (interpersonnelle), avec des items tels qu'absence de remords par rapport à certains délits condamnés ainsi que des affects superficiels, insensibilité, partiellement manque d'empathie, ainsi qu'une difficulté à assumer les responsabilités de ses actes sans les attribuer à des facteurs externes.

HCR-20 : Outil d'évaluation du risque délictueux violent[6]

Utilisée afin d'évaluer un risque de récidive des comportements violents, l'échelle HCR-20 est un outil de *jugement professionnel structuré*. Elle comprend 20 items répartis en 10 variables d'anamnèse (H), 5 variables cliniques (C) et 5 variables de gestion future du risque (R).

Le cas de l'expertisé présente un historique relativement chargé, avec des antécédents répétés de violence, un âge relativement jeune à la première condamnation, instabilité relationnelle et d'emploi, problème d'usage de substances psychoactives toxiques, présence d'un score PCL-R en-dessous de la psychopathie mais *dans la zone intermédiaire*,

[5] Hare, R. D. (2003). Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
[6] Boer D, Hart S, Kropp R, Webster Ch,. (1997). Manual for the Violence Risk-20 Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.

ainsi cet item est coté par nous partiellement, trouble mental, trouble de la personnalité ainsi qu'échec de supervision forensique avec réitération.

Au niveau des items cliniques, nous retenons l'impulsivité, aussi un insight insuffisant, ainsi que des attitudes négatives envers la mesure, partiellement, vu la problématique de compliance au cadre de la mesure, une réponse partielle au traitement, de même.

Au niveau des items de management des risques, il y a à l'avenir le risque d'une exposition à des facteurs de déstabilisation, par une consommation surtout d'alcool, qui peut rapidement faire augmenter le risque, ainsi qu'une difficulté à collaborer avec des tentatives de l'insérer dans un cadre de soins, vu les problèmes récurrents de rechute et un stress qu'on peut anticiper, provenant de sa situation psycho-sociale.

L'ensemble des items ont été pris en considération, nous estimons que **le risque d'une récidive violente condamnable dans le cas de cet expertisé est moyen ou un peu plus élevé que moyen à long terme. En cas de rechute dans la consommation d'alcool ainsi qu'une exposition à d'autres facteurs d'instabilité, le risque serait élevé**.

Evaluation des facteurs statiques de risque de récidive violente à l'aide de l'outil actuariel VRAG[7]

Il s'agit d'un des outils actuariels d'évaluation du risque de récidive de comportements violents les plus utilisés. Il repose sur une multitude de facteurs diagnostiques, sociodémographiques et criminologiques qui ont été identifiés comme des facteurs de risque chez des individus qui ont été condamnés pour des délits violents. L'outil aide à évaluer le risque de récidive violente pénale à long terme (jusque 7 à 10 ans). Chaque facteur est pondéré selon son importance pour la prédiction. L'évaluation de ces risques montre la probabilité avec laquelle un groupe de personnes qui ont les mêmes facteurs de risque que l'expertisé ont commis et ont été condamnés pour des délits violents[8]. **L'outil situe l'expertisé dans le haut du groupe de risque moyen.**

---

[7] Quinsey, Vernon L.; Harris, Grant T.; Rice, Marnie E.; Cormier, Catherine A. Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.). The law and public policy. Washington, DC, US: American Psychological Association. (2006). xiii, 462 pp. doi: 10.1037/11367-000

[8] Niveau, G. (2011). Evaluation de la dangerosité et du risque de récidive. Paris: L'Harmattan. P.43.

SAPROF[9] : Outil d'évaluation des facteurs de protection

Cet outil, évaluant spécifiquement les facteurs pouvant protéger l'individu d'une réitération des délits, est un outil de jugement professionnel structuré. Il comporte 17 dimensions protectrices, réparties en trois grandes catégories de facteurs : les facteurs internes, les facteurs liés à la motivation et les facteurs externes. Cet outil permet également de mettre en avant certains facteurs protecteurs qui peuvent être renforcés et ainsi représenter des pistes à travailler dans un contexte de suivi thérapeutique.

Concernant les facteurs internes, nous pouvons noter que Monsieur Giuseppe CILIBERTO présente une intelligence dans la norme et une certaine habileté d'adaptation.

Concernant les facteurs liés à la motivation, nous pouvons relever d'abord l'activité de travail. Il était actif une matinée par semaine depuis avril 2018 au sein de la cafétéria La Capsule (cafétéria du Centre neuchâtelois de psychiatrie), situé sur le site de Préfargier, et qui propose à certains résidents du CNP une activité de type atelier protégé ou occupationnel sous la supervision de maîtres socio-professionnels. Il exprime également une motivation au suivi psychothérapeutique et une envie de collaborer dans une nouvelle tentative de réintégration d'une structure de type foyer.

Quant aux facteurs externes, nous observons le soutien d'un petit réseau, composé de Prisca (sa compagne actuelle) et Patricia (son ancienne épouse), qui rendaient régulièrement visite à Monsieur Giuseppe CILIBERTO au foyer et avec qui il est en contact téléphonique lors de son incarcération. De plus, il rend visite une fois par mois à son père qui vit actuellement dans un EMS. Grâce à son placement au Foyer Pernod, l'expertisé bénéficie d'un suivi socio-judiciaire et administratif (SESPP), d'un suivi médical et éducatif, d'un milieu de vie sous surveillance permanente et d'un contrôle régulier. Ce cadre contenant représente un facteur protecteur.

Dans le cas de Monsieur Giuseppe CILIBERTO, nous relevons que les facteurs protecteurs internes et ceux liés à la motivation sont moins présents que les facteurs externes. En effet, la compagne et l'ancienne épouse de l'expertisé ainsi que tous les différents intervenants

[9] V. de Vogel, C. de Ruiter, Y. Bourman et M. de Vries Robbé (2009). SAPROF: structure assessment of protective factors for violence risk.

professionnels autour tiennent une place importante. En gardant ces appuis autour de l'expertisé, le risque de récidive peut être diminué.

Prélèvement sanguin du 09.04.2019 auprès de MCL SA à Fribourg :

- **Hépatite B ac. anti-HBc (interprétation) - positif - (ac.: *anticorps*)**
- **Hépatite B ac. anti-HBe (int.) - positif**
- **Ac. Hépatite C - 50.09 positif**
- **Hépatite Delta ac - positif**

Prélèvement sanguin du 09.04.2019 auprès de HFR laboratoires Meyriez - Murten :

- Créatinine 60-105 µmol/l - 96
- Sodium 136-146 mmol/l - 138
- Potassium 3.7-5.0 mmol/l - 4,2
- ASAT < 40 U/l - 18
- ALAT < 40 U/l - 8
- Bilirubine total 3,1-18,8 µmol/l - 4,9
- Bilirubine direct <3,4 µmol/l - 2,2

Formule sanguine dans la norme avec :

- Leucocytes - 8,0 G/l
- Érythrocytes - 4,57 T/l
- Hémoglobine - 144 g/l
- Thrombocytes - 243 G/l

En étudiant l'historique des données de l'Hôpital cantonal de Fribourg, nous retrouvons les résultats des prélèvements effectués le 21.06.2012, le 30.11.2005 et le 20.02.2002, ces derniers résultats datant de 2002 montrent des données compatibles avec *une hépatite biologique légère à cette époque-là,* dont la nature virale ou toxique est difficile à affirmer sur la base de la palette des examens pratiqués, avec une ASAT à 59 et une ALAT à 91, Gamma-GT à 23, Bilirubine directe à 13,3.

Angio-IRM cérébrale du 5 mars 2019

Pas de lésion ischémique. Système ventriculaire de taille et de morphologie normales. Pas d'anomalie de signal significative en T2 FLAIR. Polygone de Willis normal, pas de sténose ni de dilatation significative. Pas de dépôt anormal d'hémosidérine en T2*. Après injection de gadolinium, pas de lésion suspecte. Pas de masse. Perméabilité des sinus veineux.

CONCLUSION : IRM cérébrale sans anomalie significative, pas de syndrome de masse. Pas de lésion ischémique.

DIAGNOSTICS (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement- CIM-10)[10]

- **Troubles mixtes de la personnalité, à traits paranoïaques et dyssociaux (F61)**
- **Syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples (F19)**
- **Hépatites B, C et D, actives, chroniques, sans exacerbation récente.**

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous avons retenu les diagnostics de **troubles mixtes de la personnalité, à traits paranoïaques et dyssociaux** et **syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples**.

La personnalité est l'ensemble des fonctions psychiques qui assurent l'adaptation émotionnelle et sociale à l'environnement, constituée d'une part du *caractère* et de l'autre, du *tempérament*. Le tempérament implique surtout des fonctions affectives, telles que la régulation des émotions et leurs expressions et le caractère : l'identité, l'attachement, la perception des besoins et le fonctionnement du tempérament dans un contexte relationnel. Ainsi, le fonctionnement de la personnalité assure l'intégration sociale, respectivement dans le cercle, groupe, société ou culture concrètes du sujet, cela rend fluide les rapports de l'individu par rapport aux autres, en permettant d'identifier les attentes sociales, souvent

[10] Classification Internationale des Maladies - 10e version – GM 2014, Traduction basée sur la CIM-10 GM de l'institut allemand pour la documentation et l'information médicale. Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel, 2014

implicites, puis celles de la société et de la culture, d'adapter ses comportements en fonction de ces attentes, puis de s'adapter aux changements de ces contextes.

Les *troubles de la personnalité* représentent des dysfonctionnements à divers niveaux de ces processus (selon le type *spécifique* de troubles) et rendent l'adaptation du sujet dans les relations, puis ses rapports avec la société, généralement difficiles et instables.

Les troubles de la personnalité se présentent dans leur ensemble comme déviantes des attitudes culturelles attendues et acceptées, manifestées dans les cognitions (façons d'appréhender et d'interpréter les événements, les personnes, les représentations), l'affectivité (diversité, intensité et adéquation de la réponse émotionnelle), les relations avec les autres, le contrôle des impulsions et les manières de satisfaire ses besoins.

Parmi les caractéristiques des troubles de la personnalité on peut trouver une certaine rigidité adaptative où l'individu attend que l'environnement s'adapte à ses particularités au niveau des domaines des cognitions, affectifs et relationnels et l'ego-syntonicité des symptômes, càd qu'ils sont considérés par l'individu en tant que non-problématiques, car ces déviations sont vécues comme des éléments intégraux de soi. Les traits de personnalité se stabilisent vers la fin de l'adolescence et évoluent peu ou lentement avec le temps. Les traitements médicamenteux étant en général inefficaces sur les symptômes des troubles de la personnalité, une psychothérapie régulière et de long terme peut emmener l'individu à une prise de conscience ainsi qu'à un assouplissement progressif du mode rigide d'interaction avec l'environnement.

Ainsi, contrairement à *l'instabilité du rendement adaptatif de la personnalité*, les dysfonctionnements propres au sujet et sa perception extériorisée des conflits sont très stables au fil du temps.

Pour qu'un diagnostic de troubles de la personnalité soit posé, les manifestations doivent correspondre aux *critères généraux* de trouble de la personnalité.

Concernant ces critères, le fonctionnement psychologique de l'expertisé comporte une instabilité des investissements et des représentations, des relations que l'on peut retracer aussi bien sur le plan relationnel, que dans les multiples changements de parcours, avec une instabilité de l'image de soi. Au niveau de la régulation affective, l'expertisé présente

une tendance à agir avec une impulsivité et avec peu de considération pour les conséquences possibles, avec une instabilité de l'humeur et des angoisses qui ne sont pas systématiquement induites par l'environnement. Les capacités anticipatives sont réduites et les mouvements de colère peuvent mener à des comportements explosifs et violents. L'expertisé présente aussi une anxiété de fond, relativement persistante, plus importante dans un contexte social, avec des attitudes d'évitement.

L'analyse que l'expertisé va avoir des épisodes concrets de son historique qui peuvent illustrer ces dysfonctionnements, est souvent limitée par la représentation instable et incomplète qu'il a de son implication dans les événements, avec une tendance à attribuer à l'environnement un rôle prépondérant et une difficulté à s'approprier de la responsabilité.

Ainsi, le fonctionnement psychique de l'expertisé satisfait aux critères généraux d'un trouble de la personnalité. Il n'y a pas d'autre trouble psychique dans la classification CIM-10 qui expliquerait mieux les dysfonctionnements étayés jusque-là. Le *renforcement de certains traits de la personnalité*, retenu par les experts MILKE et collab, ne reflète pas selon nous la gravité clinique, la stabilité des manifestations et le degré des dysfonctionnements psychosociaux.

Concernant les *critères diagnostiques spécifiques de la personnalité paranoïaque*, nous observons les manifestations suivantes : une sensibilité importante aux échecs, une difficulté à oublier les insultes ou les préjudices perçus et une tendance rancunière, une tendance à déformer certains évènements en interprétant les actions des autres comme hostiles ou méprisantes, ainsi qu'un caractère méfiant, avec une préférence pour les activités solitaires, un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, qui pourrait être parfois hors de proportion avec la situation réelle. Ces manifestations sont suffisamment prononcées, stables et dysfonctionnelles et nous retenons l'existence d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque dans le cas de l'expertisé.

Concernant le diagnostic différentiel de la *personnalité dyssociale (F 60.2)* le cas de l'expertisé correspond à plusieurs critères CIM 10 de ce trouble :

- Attitude où il est difficile de manière manifeste et persistante d'assumer la responsabilité de certains actes qui sont commis au mépris des normes, des règles et des obligations sociales.
- Faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence.
- Difficulté à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions.
- Tendance à blâmer autrui ou fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit du sujet avec la société.
- Indifférence envers les sentiments d'autrui.

Pour retenir le diagnostic de personnalité dyssociale, la présence d'au moins quatre critères est nécessaire. Dans le processus de diagnostic différentiel, nous avons évalué cette hypothèse diagnostique et, vu le cumul de plusieurs critères, nous ne pouvons pas l'écarter. Nous considérons que parfois il peut y avoir du recouvrement entre les critères diagnostiques de trouble paranoïaque et ceux de trouble dyssocial de la personnalité, mais dans le cas de l'expertisé, les aspects paranoïaques retenus ne caractérisent pas complètement les dysfonctionnements observés.

L'existence de l'aspect dyssocial pourrait aussi être mis en correspondance avec la cotation moyennement élevée à l'échelle de psychopathie PCL-R et notamment avec le score de *Facteur1*, intégrant les *facettes affective et interpersonnelle* des critères. Ainsi, nous pouvons conclure au diagnostic de *trouble mixte de la personnalité, à traits paranoïaques et dyssociaux*.

Concernant l'évolution de la personnalité dans la trajectoire existentielle, l'expertisé semble avoir vécu depuis l'enfance des contextes relationnels ambivalents, avec des expériences traumatiques de violence et intrusion, obstacles potentiels au développement des modalités relationnelles et d'attachement stables et symétriques. Les relations à autrui peuvent prendre une allure difficilement supportable, malgré une facilité de premier contact et souvent après l'écoulement d'un certain temps, vecteur d'investissement affectif, où la représentation de l'autre s'imprègne d'aspects malveillants. L'hypothèse psychodynamique serait qu'inconsciemment, la dépendance ambivalente et l'angoisse de

la relation se présente comme une menace. L'angoisse sous-jacente serait d'être « envahi » ou « anéanti » par l'autre. Pour faire face à ce risque, l'image de l'autre est contrôlée, dans un premier temps par l'emprise ou la dévalorisation, puis ce fonctionnement s'épuise, la relation devient toxique ou impossible. Le sujet y met fin, par diverses sortes de passages à l'acte, précipités par les angoisses. Certains actes condamnés, certaines contradictions dans les propos au fil du temps, certaines « *révélations* », « *le jeu de cache-cache institutionnel* » comme exprimé par le Prof GRAVIER, sont dans cette perspective des manières dysfonctionnelles de gérer la distance à l'autre lorsqu'elle devient insupportable.

Ceci semble se reproduire de manière consistante au fils des divers suivis et institutionnalisations. **Ce fonctionnement exige du thérapeute et de l'institution accompagnants d'adapter en permanence la distance relationnelle pour maintenir un attachement non-menaçant.**

C'est dans ce contexte que le cadre de la mesure 59 CP a été resserré en 2015 et à nouveau en décembre 2018 et il nous semble adéquat que l'autorité d'exécution maintienne la possibilité d'extraire l'expertisé d'une relation à l'institution devenue insupportable pour lui, pour des raisons aussi bien sécuritaires que de maintien de son adhésion à l'idée de la mesure. Il convient de souligner qu'il a déjà effectué une nette évolution à l'égard de ce dernier aspect, depuis le début de la mesure.

Concernant les autres diagnostics écartés dans le processus de diagnostic différentiel, notamment le type spécifique de *trouble de la personnalité émotionnellement labile*, on relève deux points observables; une impulsivité et un manque de contrôle de soi. Ces manifestations correspondant déjà aux critères généraux des troubles de la personnalité, et étant suffisamment bien caractérisés par le type paranoïaque et dyssocial des troubles de la personnalité, où il y a une superposition, nous n'avons pas retenu ce type spécifique de trouble.

Etant donné que dans le passé *des traits schizoïdes* ont été considérés dans le diagnostic de l'expertisé, et les observations à répétition dans le dossier signalant une préférence pour les activités solitaires et la réduction des intérêts de loisirs, nous avons considéré ce diagnostic différentiel. S'il y a une indifférence à la critique ou froideur ou détachement (critères nosographiques de trouble schizoïde), ces manifestations nous semblent mieux

expliqués par les aspects dyssociaux des troubles spécifiques de la personnalité ou des passages dysthymiques, ayant par ailleurs été traités dans le passé par des antidépresseurs (dernièrement Duloxetine) ou encore la dépendance aux toxiques.

Le trouble organique de la personnalité peut être raisonnablement exclu suite à une imagerie cérébrale et bilan biologique sans lésion organique sous-jacente. Une *modification de la personnalité à la suite des expériences traumatiques*, notamment d'abus, doit être considérée. Elle peut être exclue, car le fonctionnement de la personnalité n'est pas achevé à l'adolescence (et avant l'âge de 25 ans) lorsque l'expertisé aurait subi les traumas de violences et abus, le même raisonnement serait valable pour le *renforcement des traits de la personnalité suite à des consommations de substances toxiques*.

Par la suite du diagnostic différentiel, il nous paraît important de considérer les troubles psychotiques.

Dans le préavis de la CLCED du 5 décembre 2018, il est mentionné que l'expertisé « *émet des propos délirants* ». Cette expression a été depuis lors recopiée quelques fois dans le dossier et l'expert y a été sensible, car la formulation est utilisée au quotidien du psychiatre et elle a une signification particulière pour celui-ci, probablement différente que celle qui est entendue dans le document. Vu que la Commission de dangerosité n'a pas pour vocation de qualifier nosographiquement des éléments, càd de poser des diagnostics médicaux, l'expert a admis que la notion *d'émission de propos délirants* était employée dans le dossier judiciaire *au sens large* et non en tant que terme médical spécialisé.

Pour le psychiatre, les *propos délirants* sont des manifestations, en l'occurrence verbales, des croyances qui ne correspondent pas à la réalité consensuelle. Cette caractéristique n'est pas suffisante pour distinguer un propos délirant d'une quelconque *allégation*. Ainsi, une caractéristique de ces croyances, appelées des *idées délirantes*, serait que le sujet y accorde une importance extraordinaire, p.ex. néglige certains de ses besoins de base (p.ex. manger, dormir, se reposer) pour s'adonner à des réflexions ou actes, relatifs ou découlant des idées délirantes, en y consacrant du temps, attention et énergie disproportionnés, et c'est le degré de mise à mal des besoins importants qui nous permet d'en estimer le caractère disproportionné. Les idées délirantes sont basés sur une *conviction inébranlable*, qu'aucun argumentaire ne peut faire remettre en question et par leur existence elles

entravent *le quotidien* du sujet. Une autre caractéristique des idées délirantes est *l'absence de distance critique*, càd que le sujet les considère comme intimement liées à soi-même et par ailleurs il ne les dévoile qu'avec précaution, vu cet aspect intime.

De telles manifestations n'ont pas été observées chez cet expertisé lors de nos entretiens et elles étaient exclues par les experts avant nous. Nous avons étudié les comptes-rendus du SESPP où les propos de l'expertisé lors des séances de bilan ou réseau sont relatés, nous l'avons interpellé à ce sujet et n'avons pas l'impression qu'il y ait une correspondance entre ces descriptions et la définition faite ici des propos délirants au sens psychiatrique.

Néanmoins, il nous semble nécessaire ici d'explorer hypothétiquement un scénario où l'on voit apparaitre chez cet expertisé des idées délirantes à la suite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives toxiques. Dans le cas de l'expertisé, les experts et thérapeutes parlent de *traits ou fonctionnement paranoïaques* de son trouble de la personnalité. Le dossier relate des consommations de toxiques, plus ou moins régulières. L'expertisé est au bénéfice d'un traitement par Xeplion, dont l'indication unique en Suisse serait la schizophrénie, càd une affection psychique qui peut se manifester entre autres par des idées ou propos délirants. Il y a ainsi, chez les spécialistes même, une ambiance de soupçon de l'existence d'un trouble psychotique chez cet expertisé, qui n'a jamais été véritablement objectivé.

Etant donné la tendance, caractéristique d'ailleurs, des sujets présentant un trouble de la personnalité, d'induire dans la relation avec l'autre, que ce soit une relation de soins, institutionnelle ou d'amitié, des éléments pathologiques, en l'occurrence une crainte de l'autre, des soupçons, une ambivalence profonde ou sentiment de menace, selon nous, à ce jour, le diagnostic de trouble de la personnalité et notamment ses aspects paranoïaques ne font pas de doute chez cet expertisé.

Dans le cas de l'expertisé, ces aspects paranoïaques *ne vont pas au-delà de la relation*, càd qu'ils ne concernent pas des éléments propres au quotidien ou la vie en général.

L'expertisé ne présente par ailleurs pas de troubles des perceptions, de type illusions ou hallucinations, un autre élément nosographique souvent retrouvé parallèlement aux délires dans les cas de psychose.

Cependant, ceci ne nous prémunit pas contre le risque de développement à l'avenir de véritables symptômes psychotiques (p.ex. des idées délirantes, des troubles des perceptions ou altération du sens de la réalité) liés à la consommation. Admettre en revanche leur existence, par précaution, serait scientifiquement et éthiquement inacceptable. De surcroit, dans le cas de l'expertisé, ce qui semble contextualiser les difficultés de prise en soins, notamment les institutionnalisations sous art 59 CP, serait lié à son fonctionnement de la personnalité. *L'existence sous-jacente* ou la *coexistence* d'un trouble psychotique n'influencerait pas significativement le déroulement des institutionnalisations jusque-là, dans la mesure où l'expertisé a reçu pendant les dernières années des traitements médicamenteux reconnus pour leurs propriétés antipsychotiques (Xeplion, Zyprexa, Fluanxol) et malgré ces traitements, le déroulement des soins et les difficultés semblent toujours porter la même signature relationnelle.

Ainsi, vu l'observation des aspects paranoïaques, pour autant qu'ils demeurent strictement confinés à la personnalité de l'expertisé, càd qu'ils n'entravent pas significativement la pensée et *le sens de la réalité*, à ce jour nous pouvons affirmer l'absence de trouble psychotique, induit par les substances ou survenu par d'autres mécanismes, et confirmer l'existence chez cet expertisé de ce que certains psychiatres auraient appelé une *psychose de caractère*, un terme qui ne rajoute probablement pas à la clarté de la vision du non-spécialiste, mais qui pourrait être utile en cas de révisions ultérieures de diagnostic.

Toujours concernant les propos de l'expertisé, dans les lettres de sortie du RFSM, il est fait mention, durant les hospitalisations psychiatriques dans le passé, de *moments de confusion mentale*, dans le sens de *désorientation*, durant une intoxication à plusieurs produits ou durant un sevrage. Ces aspects toxiques ou de sevrage peuvent contextualiser certains propos de l'expertisé et nous devons le mentionner dans le cadre du diagnostic différentiel.

Monsieur Giuseppe CILIBERTO présente aussi une dépendance de longue date aux dérivés du cannabis, à l'alcool et aux anxiolytiques, des antécédents de dépendance à d'autres substances (cocaïne et héroïne) actuellement abstinent, mais avec un risque de rechute. Certaines de ces substances ont contribué dans le passé à lever l'inhibition et à favoriser les passages à l'acte. La consommation de ces substances psychotropes avait une visée anxiolytique alléguée.

Concernant la dépendance, l'expertisé présente plusieurs des critères diagnostiques :

- **désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive**;
- **difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation);**
- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
- **mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.**
- **abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets;
- **poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives** (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Dans le cas de l'expertisé, la présence de traits de personnalité de base dysfonctionnelle, à savoir les troubles mixtes de la personnalité, a provoqué, déjà depuis son jeune âge, plusieurs passages à l'acte addictifs, d'abord sporadiques et récréatifs, pour devenir ensuite répétitifs et chroniques jusqu'à évoluer vers une vraie toxicomanie, qui l'a accompagné toute sa vie, en lien avec les moments plus stressants et angoissants qu'il se trouvait à vivre.

DISCUSSION DU RISQUE DE RECIDIVE

Dans l'évaluation du risque de récidive, nous avons employé une méthodologie mixte, c'est à dire en utilisant des outils de *jugement professionnel structuré* tels que PCL-R et SAPROF, une appréciation de l'intégralité des informations disponibles (approche dite *historique* ou *anamnestique*), en les confrontant à une *évaluation actuarielle*, dans ce cas l'outil VRAG.

Selon nous, M. Ciliberto présente un risque de récidive violente moyen à long terme, qui peut être influencé nettement par l'environnement, c'est-à-dire la situation psychosociale dans laquelle il se trouve ainsi que l'exposition au facteur d'usage aigu de certaines

substances, notamment de l'alcool, qui pourrait avoir un effet aussi bien désinhibiteur qu'altérer la capacité de jugement.

DISCUSSION DE SYNTHESE, INDICATION ET FAISABILITE DE LA POURSUITE D'UNE MESURE THERAPEUTIQUE

Les troubles de la personnalité de cet expertisé s'expriment par sa manière parfois rigide ou inadaptée de collaborer aux soins dans le cadre de la mesure selon l'art 59 CP. Nous les percevons dans sa manière de considérer le cadre de traitement, dans le degré de difficulté à maintenir une abstinence, dans le déroulement de certaines relations. Il convient de mentionner que l'expertisé et son réseau ont fourni de considérables efforts pour établir une abstinence à l'héroïne et pour bien juguler la consommation d'anxiolytiques, ce qui démontre le potentiel d'évolution en cas de poursuite des soins.

Monsieur Giuseppe CILIBERTO serait abstinent depuis 1998 à l'héroïne et à la cocaïne, il a pu accepter un suivi psychothérapeutique et établir une relation de confiance avec ses soignants. Il a pu, malgré quelques tentations et rechutes, ne pas retomber dans une consommation régulière.

Nous percevons les troubles de la personnalité de cet expertisé aussi dans son rapport à l'alcool qui est parmi les substances ayant vraisemblablement facilité les passages à l'acte condamnés, qualifiés de meurtre, et après, de tentative de meurtre. L'enjeu pour l'expertisé à ce stade serait d'établir effectivement une abstinence permanente à l'alcool, comme faisant partie des conditions d'une ouverture du cadre.

Concernant le cannabis, il semble à ce jour difficile pour l'expertisé d'interrompre définitivement cette consommation dont il a la perception de retirer des bénéfices. Cependant, les constats des consommations de cannabis ont contribué à la répétitivité des échecs des tentatives de traitement en institution et semblent avoir empoisonné le climat relationnel de son réseau de mesure de soins par un élément paranoïaque, la « crainte de faire faux » que l'expert ressent à la lecture du volumineux dossier qui lui est transmis, alors que l'expertisé manifeste, même si ambivalente, une volonté de se soigner. L'expertisé et son réseau se trouvent devant le défi d'outrepasser certains aspects de fonctionnement

scrutateur et menaçant et d'évoluer vers l'établissement d'une relation dont l'expertisé pourrait retirer des avantages, en évitant la mise en scène inconsciente du binôme d'abus.

Ainsi, il nous paraît indiqué de préconiser la continuation d'un suivi psychothérapeutique et infirmier, afin de travailler avec l'expertisé sur les aspects suivants :

- rappel du cadre permettant l'internalisation psychique
- le travail sur une prise de conscience de certains comportements inadaptés
- une restructuration cognitive avec identification et travail sur les pensées automatiques liées à l'anxiété ; un apprentissage de la relaxation et/ou de la pleine conscience qui peuvent être mises en œuvre pour permettre à l'expertisé d'apprendre des techniques lui permettant un contrôle de l'anxiété et minimiser le recours aux stupéfiants à cette fin.
- continuer à offrir un espace de parole (travailler sur la question de la relation, notamment identifier les limites quand une relation devient très investie/proche, travailler sur la gestion de l'impulsivité)
- travailler sur la préparation mentale et la mise en place des objectifs de vie réalistes (reprise des sorties seul, reprise d'une activité professionnelle au sein d'un atelier protégé, avec abstinence totale à l'alcool et d'autres substances, avec un travail motivationnel permettant à l'expertisé de peser les avantages vs. inconvénients quant à l'usage du cannabis.
- continuer le travail de coordination de réseau
- continuer à effectuer des contrôles par prises urinaires
- considérer EMDR comme une technique de psychothérapie des traumatismes

Les aspects médicamenteux peuvent faciliter la prise en charge psychiatrique et faire évoluer le cas de l'expertisé. Etant donné l'anxiété, notamment dans des contextes relationnels, que l'expertisé affirme traiter en quelque sorte par l'usage du cannabis, plusieurs options thérapeutiques doivent être prises en considération : un traitement antidépresseur ayant de bonnes propriétés anxiolytiques, p.ex. de Paroxetine, à des doses moyennes (p.ex. 40 mg/j), ou de Sertraline (100 mg/j) ou de Vortioxetine (10 à 20 mg/j). L'adjonction d'autres antipsychotiques pour améliorer l'effet du traitement antidépresseur, notamment la Quetiapine (p.ex. 50 à 200 mg/j, forme galénique

retard per oral) ou Aripiprazole (5 à 7.5 mg/j). L'adjonction des traitements contre l'anxiété tel que la Prégabaline (150 à 300 mg/j).

L'idée d'un sevrage total des anxiolytiques doit être réévaluée en fonction de la persistance de l'anxiété et du développement en thérapie des stratégies de gestion de celle-ci.

Nous avons attentivement considéré l'idée de proposer un traitement aversif par Disulfiram (Antabuse), pour garantir l'abstinence à l'alcool et décharger la relation avec l'expertisé de certains éléments négatifs. Malheureusement, au vu de la séropositivité pour Hépatites B, C et D, même en absence d'une hépatopathie aiguë ou significative, le traitement par Antabuse serait contre-indiqué. Il appartient à l'expertisé et ses thérapeutes à discuter des alternatives de type Naltrexone, Nelmefene ou Acamprosate.

En résumé, la mesure institutionnelle et le suivi thérapeutique ambulatoire doivent viser à offrir le cadre et soutien extérieurs, nécessaires à l'expertisé, afin d'apprendre un style de vie, comportement et cognitions, favorisant la prévention de la récidive pénale et sa rééducation vis-à-vis de son ancien style de vie, qui semble avoir été orienté entre autres par une polytoxicomanie.

Au terme de nos investigations, nous avons l'avantage de répondre aux questions posées par l'Autorité mandante de la manière suivante :

REPONSES AUX QUESTIONS

I. Questions posées par le Service de l'exécution des sanctions pénales et de la probation (SESPP) et par le Ministère public (en italique : 5.4, 5.5 et 5.6 .)

1. Depuis l'expertise du 25 novembre 2013 du Dr Bruno GRAVIER, comment évaluez-vous le stade thérapeutique actuel de Giuseppe CILIBERTO ?

   Réponse : *Depuis la dernière expertise, M CILIBERTO a continué son évolution par des fluctuations, aussi bien au niveau de la relation avec son réseau, que sur le plan de son discours sur ses objectifs, le travail thérapeutique sur l'ambivalence se faisant lentement, puisque cette ambivalence semble ancrée dans le fonctionnement de sa personnalité. Il y a eu ainsi en 2015, puis en décembre 2018, des refermements du cadre, avec des réintégrations en milieu carcéral, motivées par des inquiétudes sécuritaires, face à une alliance parfois vacillante de l'expertisé avec ses accompagnants, manifestée par des propos jugés inquiétants par le réseau et des transgressions du cadre, notamment par des consommations de produits toxiques. Actuellement, l'expertisé exprime une envie de collaborer aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques imposés sous forme de mesure selon l'art 59 CP. Comme mentionné, cette motivation semble ambivalente, comme souvent observé dans l'évolution d'un sujet qui cherche à faire évoluer certaines fonctions de sa personnalité. Il se dit disponible à une démarche d'abstinence totale à l'alcool, ce qui est positif, vu l'impact potentiellement néfaste sur le risque de récidive en cas de consommation de cette substance. Il a établi quelques liens de confiance avec des soignants, d'autres se sont révélés difficiles à gérer pour lui-même. Il se déclare incapable d'arrêter la consommation des dérivés du cannabis. Il a maintenu l'abstinence aux autres substances (héroïne, cocaïne, anxiolytiques en surdose).*

   1.1 Constatez-vous une évolution de la situation de l'intéressé ?

   Réponse : *L'évolution est lente, le pronostic de lenteur de l'évolution ayant déjà été formulé dans divers rapports d'expertise.*

   Le fonctionnement de l'expertisé exige du thérapeute et de l'institution accompagnants d'adapter en permanence la distance relationnelle pour maintenir, idéalement, une relation à la fois sécurisante et non-menaçante. Dans ce sens, il nous semble adéquat que l'autorité d'exécution maintienne la possibilité d'extraire l'expertisé du contexte immédiat de la mesure, p.ex. un foyer, si la relation devenait ingérable pour lui, pour des raisons aussi bien sécuritaires que de maintien de son adhésion à l'idée-même de la mesure. Ces adaptations du cadre devraient être discutées avec les thérapeutes de l'expertisé, notamment pour évaluer dans un tel cas l'indication à une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Ces adaptations du cadre, malgré le risque d'être perçues comme « retour en arrière », ne doivent pas être considérées comme des échecs de la mesure selon l'art. 59 CP. Elles font partie d'un lent processus de changement.

1.2 Le diagnostic établi précédemment est-il toujours d'actualité ? Dans le cas contraire, quel est le diagnostic actuel ?

Réponse : *Oui, dans les grandes lignes. Nous pouvons confirmer le diagnostic posé de trouble de la personnalité mixte, à traits paranoïaques et dyssociaux et la dépendance à des substances psychoactives multiples.*

2. Qu'en est-il de la conscience qu'a Giuseppe CILIBERTO de son trouble psychique ?

Réponse : *Comme exprimé sous le ch. « Discussion du diagnostic », parmi les caractéristiques du trouble de la personnalité est son ego-syntonicité, càd que le sujet ressent l'intégralité de son fonctionnement, y compris la part rigide et inadaptée, en tant que faisant part de soi-même. En raison de l'aspect ego-syntonique, l'expertisé a une conscience partielle de son trouble de la personnalité. Concernant la dépendance à l'alcool et les risques relatifs à sa consommation, elle est banalisée, la conscience est partielle. Concernant les dérivés du cannabis, l'expertisé en demande l'usage, nous ne pouvons pas postuler une conscience de trouble dans ce cas.*

2.1 A quelle évolution thérapeutique peut-on s'attendre au vu de son parcours et de sa pathologie ?

Réponse : *Comme dit, l'évolution est lente, favorable, les capacités d'évolution existent, même si elles sont limitées. Le maintien durable de l'abstinence à l'alcool pourrait constituer une étape importante, aussi bien sur le plan du pronostic clinique que d'évaluation des risques.*

3. De quelle manière se passe actuellement le suivi thérapeutique de Giuseppe CILIBERTO ?

3.1 L'intéressé adhère-t-il à la thérapie ?

Réponse : *Oui.*

3.2 La thérapie se situe-t-elle dans les objectifs qui ont été définis au départ ?

Réponse : *Oui.*

3.3 La fréquence et l'intensité de la thérapie sont-elles suffisantes dans le contexte actuel ?

Réponse : *Concernant le suivi psychothérapeutique, il est en train de s'établir en raison du départ à la retraite de l'ancien thérapeute. Un suivi infirmier spécialisé est*

en place et correspond à l'indication. Pour certains aspects, notamment le traitement par antipsychotique dépôt, la pertinence de ce traitement doit être réévaluée par les thérapeutes, en tenant compte de l'indication, puis du rapport bénéfice-risques. L'expertisé ne présente pas de diagnostic de schizophrénie. Le traitement par Xeplion ne semble pas avoir significativement influencé l'évolution des soins depuis son instauration. Etant donné l'anxiété, notamment dans des contextes relationnels, que l'expertisé affirme traiter en quelque sorte par l'usage du cannabis, plusieurs options thérapeutiques doivent être prises en considération : un traitement antidépresseur ayant de bonnes propriétés anxiolytiques, p.ex. de Paroxetine, à des doses moyennes (p.ex. 40 mg /j), ou de Sertraline (100 mg/j) ou de Vortioxetine (10 à 20 mg/j). L'adjonction d'autres antipsychotiques pour améliorer l'effet du traitement antidépresseur, notamment la Quetiapine (p.ex. 50 à 200 mg/j, forme galénique retard perorale) ou Aripiprazole (5 à 7.5 mg/j). L'adjonction des traitements contre l'anxiété tel que la Prégabaline (150 à 300 mg/j). Dans le cadre de la psychothérapie, une restructuration cognitive avec identification et travail sur les pensées automatiques liées à l'anxiété ; un apprentissage de la relaxation et/ou de la pleine conscience peuvent être mises en œuvre pour permettre à l'expertisé d'apprendre des techniques lui permettant un contrôle de l'anxiété et de minimiser le recours aux stupéfiants à cette fin.

L'idée d'un sevrage total des anxiolytiques doit être réévaluée en fonction de la persistance de l'anxiété et du développement en thérapie des stratégies de gestion de celle-ci.

Nous avons attentivement considéré l'idée de proposer un traitement aversif par Disulfiram (Antabuse), pour garantir l'abstinence à l'alcool et décharger la relation avec l'expertisé de certains éléments négatifs. Malheureusement, au vu de la séropositivité pour Hépatites B, C et D, même en absence d'une hépatopathie aigue ou significative, le traitement par Antabuse serait contre-indiqué. Il appartient à l'expertisé et ses thérapeutes de discuter des alternatives de type Naltrexone, Nelmefene ou Acamprosate.

3.4 La thérapie semble-t-elle toujours bénéficier à l'intéressé ?

Réponse : *Oui.*

4. De quelle manière se passe actuellement le traitement pharmacologique de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : Voir sous 3.3

4.1 La prise de médication se fait-elle de manière compliante ?

Réponse : *Voir sous 3.3. Aussi, un schéma dégressif de Diazepam (Valium) est en cours. L'arrêt de ce traitement ne nous semble pas immédiatement nécessaire, vu ses propriétés anxiolytiques et la nécessité d'un arrêt définitif de la consommation d'alcool.*

4.2 L'intéressé comprend-il la nécessité de la médication ?

Réponse : *Nous pouvons répondre que sa compréhension de l'intérêt des diverses médications et leurs possibles contre-indications nous parait suffisante.*

5. Quels sont les facteurs ayant mené Giuseppe CILIBERTO à commettre les infractions pour lesquelles il a été condamné ?

Réponse : *Son fonctionnement de personnalité semble avoir influé sur les comportements, aussi la consommation de diverses substances.*

5.1 La consommation de cannabis fait-elle partie des facteurs en lien avec le passage à l'acte ?

Réponse : *Probablement, mais le lien est complexe à quantifier et en tout cas semble moins significatif que la consommation d'alcool. Il serait à noter que lorsqu'un sujet présente les effets toxiques de plusieurs substances simultanément, il peut présenter un état de confusion-désorientation. Cet état a été observé chez l'expertisé en milieu hospitalier et documenté. Il est compatible aussi aux descriptions par l'expert Dr D. PAUCHARD d'une ivresse pathologique, durant les actes condamnés en 1999. Ainsi, vu cette polyconsommation, il serait difficile à dissocier strictement les effets du cannabis de l'ensemble des autres effets psychotoxiques.*

5.2 Peut-on raisonnablement espérer que Giuseppe CILIBERTO parvienne à respecter une stricte abstinence au cannabis ?

Réponse : *En préambule, vu les risques pour la santé, il serait raisonnable d'accompagner l'expertisé vers un arrêt de la consommation de cannabis et d'espérer la réussite d'une telle abstinence.*

Rappelons ici que l'expertisé dit fumer des cigarettes auxquelles il rajouterait de la résine issue des fleurs du cannabis, hautement chargée en substances psychoactives, définie comme stupéfiant interdit par la loi (LStup). Il affirme consommer ce produit quotidiennement depuis l'âge de 14 ans. A une certaine époque, l'expertisé exprimait l'envie d'arrêter sa consommation de cannabis. Actuellement, il s'estime incapable d'arrêter cette consommation qui lui prodiguerait un effet anxiolytique, comparable, mais dans une moindre mesure, à celui des anxiolytiques qui lui sont prescrits, notamment le Valium, dont il aurait le projet de se sevrer par ailleurs.

Le cadre actuel de la mesure implique une abstinence totale. Pour pouvoir affilier l'expertisé au cadre des soins et optimiser la cohérence entre le cadre défini et celui effectivement mis en place, il convient de bien évaluer les avantages et inconvénients de ***l'imposition*** *d'une telle abstinence à ce jour* ***et son contrôle, dans l'optique d'une mesure de soins****, les deux facteurs ayant une incidence sur la relation de l'expertisé avec son réseau de soins.*

L'expertisé présente un long historique de dépendance au cannabis, à l'alcool et aux anxiolytiques. Vu l'évolution du cas au fil des années et des différentes difficultés rencontrées, il serait réaliste de définir des priorités dans le temps. Considérant l'influence de la consommation d'alcool, même épisodique, sur le risque de récidive, l'acceptation par l'expertisé, du moins lors de la discussion avec l'expert, de l'idée d'une abstinence totale de l'alcool à long terme, à notre avis l'effort majeur à fournir à ce stade serait axé autour du maintien d'une stricte abstinence de cette substance.

Une abstinence du cannabis peut être définie comme deuxième priorité, au vu du risque théorique d'aggravation de l'interprétativité (voir 5.3). Le travail motivationnel dans l'optique d'un arrêt du cannabis devrait se poursuivre parallèlement au maintien d'une stricte abstinence de l'alcool. De surcroit, des adaptations de la médication pourraient contribuer à un effet anxiolytique suffisant et permettre à l'expertisé d'arrêter la consommation de cannabis.

Le sevrage des anxiolytiques pourrait diminuer le risque de confusion ou aggravation des effets toxiques des drogues et de l'alcool, dont il subsisterait la probabilité d'un usage épisodique, même en cas d'une réussite d'un projet d'abstinence totale, vu le degré de dépendance de cet expertisé. Ce sevrage n'est pas une priorité à ce jour, vu l'identification du cannabis comme solution à l'anxiété par l'expertisé et les multiples solutions pharmacologiques déjà étayées dans les réponses précédentes.

Ainsi, la réponse à cette question serait définie par le temps que l'expertisé et l'autorité d'accompagnement d'une éventuelle mesure de soins peuvent s'octroyer. Il serait réaliste d'attendre de l'expertisé de parvenir à une évolution rendant possible le maintien d'une stricte abstinence à l'alcool et au cannabis seulement à long terme, dans des années.

5.3 Quel est l'impact de la consommation de cannabis sur l'intéressé ?

Réponse : *Subjectivement, l'expertisé nous indique que la consommation de cannabis l'apaise et lui procure une facilité à entrer en contact avec les autres.*

L'usage de cannabis pour se détendre est un pari que l'expertisé fait. Le cannabis est une substance pouvant entraîner des symptômes légers d'euphorie ou apaisement jusque des symptômes significatifs de psychose chez des personnes vulnérables.

Effectivement, parmi les critères diagnostiques d'intoxication au cannabis CIM-10, on retrouve une sensation de ralentissement du temps, aggravation d'une anxiété ou agitation, altération du jugement, méfiance, mode de pensée persécutoire, troubles de l'attention, altération du temps de réaction, illusions auditives, hallucinations, dépersonnalisation, déréalisation, interférence avec le fonctionnement personnel.

Concernant le risque de manifester des symptômes toxiques graves, notamment impliquant une altération du sens de la réalité, l'expertisé ne présente pas un risque aussi élevé que des personnes déjà atteintes de troubles psychotiques chroniques, p.ex. la schizophrénie, de surcroit il présente vraisemblablement une tolérance, mais en raison de ses troubles de la personnalité, ce risque existe.

Cependant, du point de vue du risque de récidive, il faudrait intégrer dans l'estimation le facteur de tension psychique et relationnelle, ce dernier se trouvant probablement diminué par l'effet de ce produit.

Enfin, lorsqu'il est mélangé à l'alcool et aux anxiolytiques, le cannabis peut contribuer à un effet de désorientation et perte de contrôle. Dans ce cas, il pourrait augmenter le risque de récidive.

Il faut mentionner ici que la consommation de cannabis se fait, aux dires de l'expertisé, dans un but anxiolytique, au détriment d'autres solutions, pharmacologiques et psychologiques, qui existent selon nous, comme étayé sous 3.3.

5.4 La consommation d'alcool fait-elle partie des facteurs en lien avec le passage à l'acte ?

Réponse : *Oui.*

5.5 Peut-on raisonnablement espérer que Giuseppe CILIBERTO parvienne à respecter une stricte abstinence à l'alcool ?

Réponse : *Oui, et il appartient à l'expertisé de faire preuve d'engagement ici, car pour que la mesure de soins 59 CP demeure indiquée sur un temps aussi long, avec les fluctuations et les ressources qui ont été nécessaires, il serait exigible qu'elle contribue à diminuer le risque de récidive, or la consommation d'alcool semble être parmi les facteurs importants à cet égard.*

5.6 Quel est l'impact de la consommation d'alcool sur l'intéressé ?

Réponse : *L'impact de la consommation d'alcool dépend des doses consommées et du temps sur lequel elles sont consommées. Globalement il y a un impact aigu qui peut se manifester par des signes de l'ordre de l'euphorie, désinhibition, jusqu'à une*

une grave altération du jugement, désinhibition, perte de contrôle, comme il semblerait que c'était le cas durant certains actes condamnés, comme constaté par l'expert de l'époque Dr Pauchard. Chroniquement, l'impact de la consommation d'alcool pourrait engendrer une déficience de certaines fonctions cognitives, par exemple l'attention et la mémoire, mais également contextualiser le développement de troubles organiques cérébraux plus graves qui peuvent persister bien après l'arrêt de la consommation d'alcool. L'expertisé ne présente pas des troubles organiques séquellaires à la consommation, selon l'examen d'IRM pratiqué. La consommation chronique de quantités élevées d'alcool pourrait aussi contribuer à renforcer certains traits de la personnalité. Du point de vue somatique, une augmentation de risque de certains cancers, notamment du foie, vu la séropositivité de l'expertisé aux virus d'hépatites B, C et D et aussi d'atteinte hépatique plus grave et durable.

5.7 Quel est le lien entre la consommation chronique de cannabis et l'évolution de la pathologie psychiatrique dont souffre l'intéressé le cas échéant et quelles sont les conséquences de cette consommation sur l'évolution de cette pathologie ?

Réponse : *Apparemment certains traits paranoïaques se seraient aggravés au fil du temps selon les experts qui ont évalué M CILIBERTO au fil de plusieurs années, notamment le dernier, Professeur Gravier, qui l'a évalué en 2008 et en 2013. Ainsi, il avait parlé d'une aggravation de la méfiance et l'interprétativité, qui sont des traits paranoïaques qui peuvent être mis en lien, comme on l'a vu sous 5.3, avec l'effet du cannabis. Une telle influence du cannabis ne peut pas être exclue, il demeure le cas réservé d'une évolution spontanément péjorative des traits de la personnalité de M. Ciliberto, ce qui n'est pas exclu vu le contexte de tension chronique dans laquelle il se trouve au niveau psychosocial. Nous n'avons pas d'observation qui réconforte l'éventualité d'un trouble psychotique induit par une substance ou si de telles manifestations ont eu lieu, ce trouble a spontanément régressé. Le traitement antipsychotique par Xeplion 25 mg n'étant pas suffisant pour contrecarrer le développement d'une psychose cliniquement significative, en tant qu'effet direct toxique de l'utilisation du cannabis.*

5.8 Quel est le lien entre la consommation chronique d'alcool et l'évolution de la pathologie psychiatrique dont souffre l'intéressé le cas échéant et quelles sont les conséquences de cette consommation sur l'évolution de cette pathologie ?

Réponse : La réponse à cette question rejoint les précédentes (5.7 et 5.6). La consommation chronique de quantités élevées d'alcool pourrait contribuer à renforcer certains traits de la personnalité, notamment d'allure paranoïaque, comme exprimé concernant le cannabis, sous 5.7.

6. Giuseppe CILIBERTO présente-t-il aujourd'hui un risque de commettre à nouveau des infractions ?

Réponse : *Oui.*

6.1 Ce risque est-il élevé ?

Réponse : *Il se situe actuellement dans la partie élevée du groupe de risque moyen. Le risque peut devenir élevé suite à une consommation d'alcool, unique, mais en quantité importante.*

6.2 A quel genre d'infractions pourrait-on s'attendre ?

Réponse : *On appréhende surtout des actes condamnables violents chez cet expertisé. Il a été condamné également pour des infractions des lois sur les stupéfiants, la circulation et des vols.*

6.3 Dans quel contexte, selon quels facteurs déclencheurs ?

Réponse : *La situation à risque serait contextualisée par un stress psychosocial non-spécifique : tensions relationnelles, émotions négatives (tristesse, déception, colère), perte de repères identitaires ou relationnels. La consommation d'alcool et toxiques peut avoir un rôle de facilitateur du passage à l'acte, à la fois par son effet de désinhibition et de confusion/désorientation.*

6.4 Qu'en serait-il de ce risque en cas de libération conditionnelle ou de levée de la mesure ?

Réponse : *A notre avis le risque de récidive sera élevé en cas de libération conditionnelle immédiate, car il est réaliste de s'attendre à ce que l'expertisé soit confronté à une situation comme décrit sous 6.3, avec perte de maitrise aussi bien sur la consommation que sur ses actes.*

7. Giuseppe CILIBERTO est-il en mesure d'identifier ses fragilités et d'élaborer des stratégies à même d'éviter les situations à risque de récidive ?

Réponse : *Seulement partiellement.*

7.1 L'intéressé a-t-il élaboré une stratégie visant à éviter de tels contextes ?

Réponse : *L'intéressé fait usage particulièrement de stratégies de suppression, aussi bien du point de vue psychologique qu'avec l'usage des traitements psychotropes qui lui sont prescrits, notamment anxiolytiques. Il fait effectivement recours à des attitudes d'évitement, notamment social. Il a également établi une abstinence à certaines substances, notamment les opiacés et les stimulants.*

7.2 Le cas échéant, quelle est cette stratégie ?

Réponse : Voir 7.1.

7.3 Giuseppe CILIBERTO est-il conscient de la nécessité, le cas échéant, de respecter une stricte abstinence aux substances psychotropes non prescrites et en particulier à l'alcool ?

Réponse : *L'expertisé est conscient de la nécessité mais vu la rigidité adaptative de sa personnalité, il n'arrive pas à maintenir un comportement correspondant à ses souhaits d'abstinence. A cette difficulté se rajoute le fond anxieux qui semble l'éloigner des relations, ce qui contextualise en partie certaines consommations.*

8. Peut-on encore s'attendre à un effet bénéfique de la mesure pénale sur l'état psychique et l'évolution générale de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : *L'expert pense, à l'instar des experts qui ont vu précédemment la situation de M. Ciliberto, que ce dernier pourrait tout à fait bénéficier, sur le plan clinique ainsi que sur le plan de la prévention pénale, des soins prodigués dans le cadre de la mesure.*

8.1 A défaut, estimez-vous qu'une autre mesure, tel un internement, devrait être envisagée et qu'un changement de sanction serait dès lors opportun ?

Réponse : *L'internement est une mesure sécuritaire et pas de soins. Si l'on faisait la transition vers un internement, on s'éloignerait des objectifs de soins, sans exploiter les opportunités d'évolution psychique que le cas de l'expertisé implique.*

9. D'un point de vue médical, en considérant la pathologie de Giuseppe CILIBERTO et son potentiel d'évolution, est-il pertinent, selon vous, de poursuivre la mesure thérapeutique institutionnelle prononcée à l'endroit du prénommé ?

Réponse : *Oui, au sens de l'article 59 CP.*

10. Quelles recommandations pouvez-vous formuler en matière de prise en charge, y compris s'agissant du type d'établissement adéquat, concernant l'intéressé ?

Réponse : *Dans un premier temps poursuivre dans un cadre fermé, rechercher à terme une institution de type foyer qui pourrait éventuellement offrir une perspective de transition vers des appartements et ateliers protégés. Réévaluer le traitement médicamenteux et l'adapter. Ainsi, évaluer les propositions suivantes : un traitement antidépresseur ayant de bonnes propriétés anxiolytiques, p.ex. de Paroxetine, à des doses moyennes (p.ex. 40 mg/j), ou de Sertraline (100 mg/j) ou de Vortioxetine (10 à 20 mg/j). L'adjonction d'autres antipsychotiques pour améliorer l'effet du traitement antidépresseur, notamment la Quetiapine (p.ex. 50 à 200 mg/j, forme galénique retard per oral) ou Aripiprazole (5 à 7.5 mg/j). L'adjonction des traitements contre*

l'anxiété tel que la Prégabaline (150 à 300 mg/j). Dans le cadre de la psychothérapie, une restructuration cognitive avec identification et travail sur les pensées automatiques liées à l'anxiété ; un apprentissage de la relaxation et/ou de la pleine conscience peut être mis en œuvre pour permettre à l'expertisé à apprendre des techniques lui permettant un contrôle de l'anxiété et minimiser le recours aux stupéfiants à cette fin.

L'idée d'un sevrage total des anxiolytiques doit être réévaluée en fonction de la persistance de l'anxiété et du développement en thérapie des stratégies de gestion de celle-ci.

Nous avons attentivement considéré l'idée de proposer un traitement aversif par Disulfiram (Antabuse), pour garantir l'abstinence à l'alcool et décharger la relation avec l'expertisé de certains éléments négatifs. Malheureusement, au vu de la séropositivité pour Hépatites B, C et D, même en absence d'une hépatopathie aigue ou significative, le traitement par Antabuse serait contre-indiqué. Il appartient à l'expertisé et ses thérapeutes de discuter des alternatives de type Naltrexone, Nelmefene ou Acamprosate.

Poursuite de la psychothérapie à une fréquence suffisante, par exemple au minimum bimensuelle voire hebdomadaire si disponibilité du thérapeute. Poursuite du travail en psychiatrie forensique sur la reconnaissance du délit et du lien entre les troubles psychiques observés et notamment les effets relationnels et de gestion de l'impulsivité et le passage à l'acte condamné. Poursuite du travail motivationnel d'abstinence complète, notamment concernant l'alcool.

11. Vos recherches engendrent-elles des observations complémentaires ?

Réponse : *Par rapport aux questions posées, non.*

II. Questions posées par Me Paolo GHIDONI

1. La consommation occasionnelle de cannabis et/ou d'alcool entraîne-t-elle encore des comportements violents ou des passages à l'acte, si oui lesquels ?

Réponse : *La consommation d'alcool, même occasionnelle, pourrait entrainer, en fonction des quantités consommées, des passages à l'acte avec violence, ce risque est significatif chez l'expertisé, et il est tout à fait indiqué de viser une abstinence permanente à cette substance.*

Comme déjà étayé dans les réponses précédentes, la consommation occasionnelle et chronique de cannabis pourrait avoir une influence sur le degré d'interprétativité, déjà présente chez l'expertisé, mais en raison de ses propriétés sédatives, il est difficile de stipuler que la consommation de cannabis à elle seule pourrait occasionner des comportements violents ou des passages à l'acte. La consommation

combinée, càd d'alcool, cannabis et anxiolytiques, pourrait entrainer des états de confusion, avec altération de la capacité de jugement et augmentation du risque de récidive.

2. La consommation occasionnelle de cannabis et/ou d'alcool a-t-elle encore une influence sur la dangerosité de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : *Oui, notamment celle d'alcool. Voir la réponse précédente concernant la consommation de cannabis.*

3. Y-a-t-il encore des faits (événement de la vie ordinaire et non des tests) qui justifient la dangerosité de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : *Dans l'évaluation de la dangerosité, nous avons employé une méthodologie mixte, càd en confrontant notre évaluation clinique à celle effectuée par des outils actuariels et de jugement professionnel structuré. Notre avis repose sur les éléments observables et/ou rapportés, décrits dans le chapitre d'évaluation, dont les informations étaient disponibles au moment de l'établissement du rapport. Il ne ressort pas de la question la durée d'observation sur laquelle il conviendrait d'évaluer les événements de la vie. En effet, postuler une dangerosité sur la base des événements, en considérant arbitrairement la période d'observation, nous comprenons la question dans ce sens, aboutirait à des estimations n'ayant guère plus de valeur prédictive que le choix au hasard.*

4. La mesure de l'art. 59 CP peut-elle être remplacée par une mesure moins contraignante ? Si oui, quelles sont les mesures envisageables ?

Réponse : *Par exemple, reconsidérer le besoin d'un traitement antipsychotique dépôt, le passer à une forme per-orale, voire l'arrêter s'il n'est plus indiqué. Ensuite suivre l'expertisé dans son désir de poursuite de la mesure thérapeutique avec une évolution progressive du cadre. Ceci pourrait rendre la mesure 59 moins contraignante. La remplacer légalement par une autre mesure appartient à l'autorité. A notre avis une mesure de soins ambulatoires n'est pas adéquate aux besoins de l'expertisé.*

5. Si une autre mesure est envisageable dans l'avenir, comment préparer la transition de la mesure de l'art. 59 CP à cette nouvelle mesure (calendrier et démarches à entreprendre) ?

Réponse : *D'autres mesures ne nous semblent pas envisageables. Cf aussi réponse à 1.1*

6. Le fait de ne plus prendre les neuroleptiques par dépôt est-il de nature à influencer le comportement de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : Copie d'une partie de la réponse 3.3 : *Pour certains aspects, notamment le traitement par antipsychotique dépôt, la pertinence de ce traitement doit être réévaluée par les thérapeutes, en tenant compte de l'indication, puis du rapport bénéfice-risques. L'expertisé ne présente pas de diagnostic de schizophrénie. Le traitement par Xeplion ne semble pas avoir significativement influencé l'évolution des soins depuis son instauration.*

7. Quelle médication peut améliorer la situation de Giuseppe CILIBERTO ?

Réponse : (Voir précédent. Aussi, copie partie 3.3): *L'idée d'un sevrage total des anxiolytiques doit être réévaluée en fonction de la persistance de l'anxiété et du développement en thérapie des stratégies de gestion de celle-ci.*

Nous avons attentivement considéré l'idée de proposer un traitement aversif par Disulfiram (Antabuse), pour garantir l'abstinence à l'alcool et décharger la relation avec l'expertisé de certains éléments négatifs. Malheureusement, au vu de la séropositivité pour Hépatites B, C et D, même en absence d'une hépatopathie aigue ou significative, le traitement par Antabuse serait contre-indiqué. Il appartient à l'expertisé et ses thérapeutes de discuter des alternatives de type Naltrexone, Nelmefene ou Acamprosate.

8. Quels sont les traitements ou méthodes thérapeutiques qui pourraient faciliter son évolution ?

Réponse : *Voir la réponse précédente. Aussi, étant donné l'anxiété, notamment dans des contextes relationnels, que l'expertisé affirme traiter en quelque sorte par l'usage du cannabis, plusieurs options thérapeutiques doivent être prises en considération : un traitement antidépresseur ayant de bonnes propriétés anxiolytiques, p.ex. de Paroxetine, à des doses moyennes (p.ex. 40 mg/j), ou de Sertraline (100 mg/j) ou de Vortioxetine (10 à 20 mg/j). L'adjonction d'autres antipsychotiques pour améliorer l'effet du traitement antidépresseur, notamment la Quetiapine (p.ex. 50 à 200 mg/j, forme galénique retard per-orale) ou Aripiprazole (5 à 7.5 mg/j). L'adjonction des traitements contre l'anxiété tel que la Prégabaline (150 à 300 mg/j).*

Poursuite de la psychothérapie à une fréquence suffisante, par exemple au minimum bimensuelle voire hebdomadaire si disponibilité du thérapeute. Dans le cadre de la psychothérapie, une restructuration cognitive avec identification et travail sur les pensées automatiques liées à l'anxiété ; un apprentissage de la relaxation et/ou de la pleine conscience peut être mis en œuvre pour permettre à l'expertisé d'apprendre des techniques lui permettant un contrôle de l'anxiété et de minimiser le recours aux

notamment les effets relationnels et de gestion de l'impulsivité et le passage à l'acte condamné. Poursuite du travail motivationnel d'abstinence complète, notamment concernant l'alcool.

III. Avez-vous d'autres remarques à formuler ?

Réponse : P*ar rapport aux questions posées, non.*

En espérant avoir accompli mon mandat d'expert à votre entière satisfaction, je vous remercie de la confiance témoignée et, en restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de ma parfaite considération.



Alexandre Chanachev

Méd. spéc. FMH en Psychiatrie et Psychothérapie