

Le Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les délinquants adultes : Un défi de taille

Fred J. Boland¹

Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada

Albert E. Chudley²

Université du Manitoba

Brian A. Grant³

Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada

Les délinquants atteints du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et de troubles connexes posent des problèmes de taille aux autorités carcérales. Compte tenu des effets de ces troubles sur le comportement et les capacités d'apprentissage, les individus atteints ont de la difficulté à s'adapter au milieu agressif et souvent instable des prisons. Le personnel de l'établissement, les agents de programmes, les membres des Commissions de libérations conditionnelles et les agents de surveillance communautaire doivent aussi composer avec des problèmes particuliers lorsqu'ils ont affaire à des délinquants qui souffrent du SAF. Les méthodes d'intervention qu'ils appliqueront dépendent du nombre de personnes touchées au sein du système correctionnel. Malheureusement, aucune étude n'a encore été menée dans le but d'évaluer l'incidence et la prévalence du SAF au sein de la population de délinquants.

La collecte de données sur l'incidence et la prévalence est une tâche ardue. Il n'existe aucun outil de dépistage fiable et valide pour le moment. Dans la majorité des cas, le SAF n'est pas diagnostiqué. Par ailleurs, il est difficile d'établir un diagnostic chez les adultes et, lorsqu'on y parvient, il faut trouver des moyens d'intervention. Cet article expose les difficultés que doivent surmonter les chercheurs.

Le syndrome de l'alcoolisation fœtale et les troubles connexes, comme les effets de l'alcoolisation fœtale (EAF), qu'on peut regrouper sous l'appellation non diagnostique «troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale» (TSAF), entraînent divers problèmes chez les personnes qui auraient été exposées à l'alcool au stade fœtal de leur développement. Les auteurs d'un article de synthèse antérieure faisaient valoir que les risques qu'une personne souffrant de TSAF commette un crime sont élevés et que les délinquants atteints de TSAF forment probablement un sous-groupe important de la population carcérale adulte, avec les besoins et problèmes particuliers que cela suppose⁴.

Le lien entre le SAF et la criminalité a essentiellement été établi à la suite d'une étude menée auprès de jeunes et d'adultes atteints du SAF ou souffrant des EAF à Washington. Cette étude a révélé que jusqu'à 60 % de ces personnes ont des

démêlés avec la justice⁵. On ne sait toutefois pas combien d'entre elles se retrouvent dans une prison pour adultes. Deux études peuvent toutefois apporter certains éléments de réponse. L'une de ces études portait sur 81 délinquants admis à l'unité pour « hommes présentant des troubles de développement et des troubles affectifs (non psychotiques) » de la Washington State Prison. On a soumis les détenus à un test pour déterminer lesquels d'entre eux étaient le plus susceptibles d'être atteints du SAF ou de souffrir des EAF⁶. Les résultats ont révélé que 15 % des sujets étaient atteints du SAF ou souffraient des EAF. On peut présumer que cette prévalence est inférieure dans la population générale des délinquants, étant donné qu'il est plus probable de retrouver davantage de personnes atteintes du SAF ou souffrant des EAF dans une unité spéciale du genre.

Plus récemment, on a effectué une étude diagnostique plus détaillée en Colombie-Britannique auprès de 287 jeunes admis dans une unité d'évaluation psychiatrique médico-légale sur une période d'un an⁷. Les résultats de l'étude indiquent que 23 % des jeunes souffraient de TSAF (3 cas de SAF et 67 cas d'EAF). Ce pourcentage semble toutefois élevé étant donné que l'étude ne visait que des jeunes délinquants admis à l'unité d'évaluation psychiatrique, un groupe qui représente un faible pourcentage de l'ensemble de la population des délinquants. Compte tenu de nos connaissances actuelles, toutes les estimations ne sont qu'empiriques étant donné qu'aucune étude d'incidence et de prévalence n'a été menée auprès de la population carcérale adulte. Quoi qu'il en soit, même si le taux de détenus adultes touchés n'était que de 5 %, les répercussions seraient très grandes. Nous ne savons pas comment ce sous-groupe réagit aux procédures administratives des services correctionnels, aux programmes de réadaptation ou aux mesures de réinsertion sociale. Les connaissances que nous possédons au sujet des déficits cognitifs, émotifs et comportementaux des personnes souffrant de TSAF nous permettent de supposer qu'elles sont susceptibles de ne pas obtenir de très bons résultats dans les programmes qui comportent un volet cognitif, à faible contenu redondant, peu structurés et qui ne

sont pas soutenus par un suivi régulier à long terme.

À l'adolescence et à l'âge adulte, les principales difficultés associées aux TSAF sont les suivantes : troubles de la mémoire, manque de jugement, incapacité de comprendre des questions abstraites et faible capacité d'apprentissage fonctionnel. Ces troubles entraînent des problèmes secondaires comme la victimisation, le manque de concentration (les troubles déficitaires de l'attention et l'hyperactivité sont courants), la difficulté à gérer ses finances, à tirer des leçons de ses expériences, à comprendre les conséquences et à reconnaître les indices sociaux, une faible tolérance à la frustration, un comportement sexuel inadéquat, la toxicomanie et des problèmes de santé mentale. Les TSAF se manifestent souvent chez les personnes qui vivent dans la pauvreté ou dans un milieu familial perturbé, sont victimes de négligence et de violence, sont polytoxicomanes et en mauvaise santé, des conditions qui ont une incidence négative sur la manifestation du syndrome de l'enfance à l'âge adulte⁸. Un des principes directeurs d'une planification et d'une intervention correctionnelles efficaces étant l'évaluation des facteurs criminogènes et des niveaux de risques des délinquants⁹, il est important de cibler cette sous-population pour répondre à ses besoins.

État d'avancement

Dans le cadre d'initiatives entreprises récemment par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada en collaboration avec la Direction générale de la santé des Autochtones et des Inuits et avec le soutien du Comité consultatif national sur le SAF/les EAF, on a cherché à sensibiliser davantage la population et les professionnels de la santé au problème, à améliorer les mesures de prévention et à soutenir les activités de recherche sur la question. On a créé un répertoire des services d'information et de soutien qui existent au Canada¹⁰, produit des bulletins¹¹, élaboré des sites Web (p. ex., www.fas-saf.com) et fait un examen des meilleures pratiques dans les domaines de la prévention et de l'intervention¹². Par ailleurs, un document publié récemment aidera les avocats et les juges qui sont appelés à intervenir auprès de personnes atteintes du SAF ou souffrant des EAF dans le cadre de procès criminels¹³. On a aussi multiplié les activités de formation visant les professionnels et le personnel de première ligne. À long terme, ces mesures, entre autres, permettront de dépister plus facilement les personnes atteintes du SAF et souffrant des EAF et de les suivre tout au long du processus de justice pénale. Cela étant, il reste tout de même encore beaucoup à faire. Il y a fort à parier que bon nombre des cas de SAF/EAF, voire la majorité de ces cas, ne sont pas diagnostiqués et

que, par conséquent, on ne peut répondre aux besoins des personnes touchées parce que les ressources nécessaires n'ont pas été affectées à ces cas. Le Service correctionnel du Canada participe toutefois à certaines initiatives visant les délinquants. Par exemple, la West Coast Genesis Society, de Colombie-Britannique, traite des personnes chez qui l'on a diagnostiqué le SAF ou des EAF et celles chez qui l'on soupçonne ces troubles, et elle élabore un programme à leur intention¹⁴. Les programmes actuels sont souvent limités en raison de l'absence d'outils d'évaluation fiables et valides et de services diagnostiques. À l'avenir, il faudra intégrer un volet d'évaluation aux programmes. On pourra alors obtenir des données qui mèneront à l'amélioration des interventions. Un tel volet est également un élément important des demandes d'aide financière. De manière générale, il est recommandé d'élaborer un manuel pour s'assurer que les programmes sont exécutés de manière uniforme et que la formation est cohérente. Il faut aussi mesurer les éléments du fonctionnement qui sont ciblés (p. ex., l'amélioration de l'apprentissage fonctionnel ou la réduction de la toxicomanie), et ce, avant et après l'intervention. Il est également important de faire un suivi à long terme, cette mesure pouvant en outre permettre de se pencher sur les problèmes reliés à la criminalité (p. ex., manquement aux conditions de la libération conditionnelle, récidive).

Il est généralement reconnu que la priorité doit être accordée avant tout à la prévention des TSAF. Cela étant, il est également important de répondre aux besoins des personnes atteintes de ces troubles. On sait qu'un milieu favorable et une intervention précoce y sont pour beaucoup dans l'atténuation des conséquences des TSAF. Mais qu'en est-il des personnes chez qui le trouble n'est pas diagnostiqué ou qui, en l'absence d'une intervention précoce adéquate, ont des démêlés avec le système de justice pénale pour les jeunes ou pour les adultes ? Le défi consiste à cibler ces personnes au moyen de mesures d'évaluation et de diagnostic. Une fois cette étape franchie, on suit leur dossier à toutes les étapes de l'administration de la justice pénale¹⁵, favorisant ainsi l'élaboration de mesures d'intervention et de gestion appropriées qui aideront à développer au maximum leur potentiel d'adaptation et à réduire les coûts à long terme associés à ce trouble débilisant.

Les difficultés à diagnostiquer le SAF/les EAF chez les adultes

Depuis que le SAF a été défini et décrit¹⁶, le processus de diagnostic de ce syndrome et de ses troubles connexes s'est révélé complexe, exigeant des soignants et des professionnels qu'ils repèrent certains éléments clés dans les antécédents d'une personne pour arriver à poser un diagnostic. La

meilleure approche à avoir fait ses preuves est de se servir d'une équipe formée de médecins, de dysmorphologistes (médecins experts en problèmes congénitaux et en anomalies des traits faciaux), de psychologues, de pédagogues, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes et d'intervenants familiaux.

Avant de conclure à un diagnostic du SAF, il faut repérer les éléments présents dans le Tableau 1. Dans le cas des EAF, tous ces critères n'ont pas besoin d'être remplis. Par ailleurs, on retrouve dans les études des différences dans l'application de ces critères¹⁷.

Tableau 1

Les critères de diagnostic du SAF

1. Retard de croissance prénatal ou post-natal
2. Traits faciaux caractéristiques, en particulier : paupière raccourcie, aplatissement de la région maxillaire, sillon mal dessiné entre la lèvre supérieure et le nez, lèvre supérieure amincie.
3. Déficiences cognitives ou autres problèmes importants de croissance ou de comportement.
4. Confirmation d'une exposition excessive à l'alcool avant la naissance.

Établir un diagnostic chez les adultes présente beaucoup de difficultés. Les dossiers officiels concernant la grossesse, l'enfance et les écoles fréquentées sont souvent inexistantes ou incomplets. Aussi, les souvenirs de la consommation d'alcool au cours de la période prénatale peuvent être inexacts et les informations personnelles et connexes, souvent limitées ou inaccessibles. De plus, les traits faciaux caractéristiques peuvent s'estomper avec l'âge. Finalement, la plupart des recherches pour déterminer les critères de diagnostic ont été faites sur des enfants et on retrouve peu d'experts ayant l'expérience des diagnostics sur des adultes.

Une possibilité : la présélection

En théorie, on peut cibler les délinquants atteints d'un TSAF en faisant une évaluation diagnostique complète de tous les délinquants admis dans un établissement. Or, une telle démarche serait très coûteuse et il serait quasi impossible de trouver les ressources humaines et financières nécessaires. Dans ce contexte, l'élaboration d'un outil d'évaluation fiable et valide qui permettrait de cerner le sous-groupe des personnes pour qui l'on a établi un risque élevé de TSAF et qui pourraient faire l'objet d'une évaluation diagnostique. C'est là une tâche ardue. Comme d'autres chercheurs l'ont déjà constaté¹⁸, un outil d'évaluation efficace doit être relativement rentable par rapport à l'outil de diagnostic; il doit en outre être sensible (c.-à-d. permettre de repérer un nombre élevé de cas de TSAF) et précis (faible taux de faux positifs). Par

exemple, un test de QI qui comporte un score-seuil (70, p. ex.) serait un instrument d'évaluation peu efficace, car la fourchette des scores observés chez les personnes atteintes de TSAF est tellement large que la majorité des cas ne seraient pas repérés (outil non sensible). Les sous-tests ne sont pas utiles non plus, car ils ne visent pas spécifiquement les TSAF¹⁹. Idéalement, les résultats de l'évaluation doivent être accessibles au moment de l'évaluation initiale du délinquant pour qu'on en tienne compte lors de la planification des mesures à prendre pour répondre aux besoins de l'individu pendant son incarcération et de l'établissement des stratégies de réinsertion sociale. Il importe en outre de savoir qu'un outil d'évaluation efficace ne donne pas nécessairement de renseignements sur la gravité du problème ou ne permet pas toujours de poser un diagnostic.

Les auteurs ont entrepris un projet visant à créer un instrument d'évaluation qui pourrait être utilisé auprès de délinquants adultes. L'idée de base consiste à utiliser un outil d'évaluation préalable, fondé sur une liste de vérification des caractéristiques connues des personnes souffrant du SAF/des EAF et des données historiques, pour déterminer qui sont les personnes le plus susceptibles de souffrir d'un TSAF. Cette évaluation sera effectuée immédiatement après la détermination de la peine, avant l'incarcération du délinquant. Pendant cette période, les délinquants demeurent habituellement dans leur collectivité, ce qui permettra de communiquer avec des tiers pour obtenir des renseignements sur leurs comportements antérieurs et la consommation d'alcool par leur mère. Les personnes qui obtiendront un score élevé lors de cette évaluation préalable feront l'objet d'une évaluation diagnostique complète au centre de réception. On évaluera aussi un groupe témoin de délinquants qui ne sont pas atteints d'un TSAF.

Au centre de réception, les délinquants seront soumis au processus habituel d'évaluation initiale des délinquants (qui dure de 6 à 8 semaines); le personnel ne connaîtrait pas les résultats de l'évaluation préliminaire pour le TSAF. Les résultats de l'évaluation initiale, qui porte sur les besoins du délinquant dans divers domaines (études/emploi, fonctionnement dans la collectivité, toxicomanie, relations matrimoniales et familiales, attitudes, fréquentations et relations sociales, orientation personnelle et affective et antécédents criminels), seront ensuite analysés pour déterminer s'ils permettent, avec les résultats de l'évaluation préliminaire, de distinguer les délinquants dont on sait qu'ils sont atteints d'un TSAF de ceux dont on sait qu'ils ne le sont pas. Si l'évaluation est efficace (il faudra alors tout de même procéder à une étude de validation), on

pourra utiliser le résultat d'une évaluation préliminaire pour repérer les personnes qui présentent un risque élevé de TSAF (qui sont de bons candidats à l'évaluation diagnostique) et prévoir, d'une certaine manière, l'incidence et la prévalence générales des cas de TSAF dans la population carcérale générale.

On prévoit que la planification du projet sera achevée à l'automne 2002 et que la collecte des données commencera peu de temps après. Par contre, avant de faire quoi que ce soit, il faudra s'assurer que le projet respecte les règles d'éthique. À ce propos, une importante question éthique se pose relativement au type d'intervention qu'on peut offrir à un délinquant chez qui l'on a diagnostiqué le SAF ou des EAF. On propose de demander qu'un intervenant soit présent au centre de réception lorsqu'on procède à l'évaluation du délinquant. Cet intervenant, qui connaîtrait bien les TSAF, pourrait participer à l'élaboration du plan correctionnel, y compris le plan de libération, pour s'assurer qu'on veille au bien-être du délin-

quant. On pourrait également faire appel à l'intervenant pour sensibiliser le personnel de l'établissement aux problèmes reliés aux TSAF.

Résumé

On souhaite que, malgré ces obstacles, le projet de recherche permettra d'établir une méthode fiable pour cibler les délinquants adultes qui souffrent d'un TSAF et pour évaluer l'incidence des TSAF au sein de la population des délinquants sous responsabilité fédérale. D'autres secteurs de compétence manifestent un intérêt à l'égard de la recherche dans ce secteur, ce qui est encourageant. Nous envisageons d'ailleurs avec enthousiasme la collaboration avec quelques groupes. Lorsque nous connaissons d'avance l'ampleur de la tâche, il est plus facile de prévoir les ressources appropriées et les interventions efficaces qui favoriseront la réduction des incidences des TSAF sur les personnes qui en sont atteintes et sur les collectivités dans lesquelles elles retourneront à la fin de leur peine. ■

- ¹ 23, rue Brook, Montague (Île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0.
- ² Section de la génétique et du métabolisme, Children's Hospital et Faculté de la médecine, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).
- ³ 23, rue Brook, Montague (Île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0.
- ⁴ BOLAND, F. J., BURRILL, R., DUWYN, M. et KARP, J. *Syndrome d'alcoolisme fœtal : Répercussions pour le service correctionnel*, Rapport de recherche R-71, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1998.
- ⁵ STREISSGUTH, A. P., BARR, H. M., KOGAN, J. et BOOKSTEIN, F. L. *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE)*, rapport final pour le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Seattle, University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit, Rapport technique n° 96-06, 1996.
- ⁶ STREISSGUTH, P., BOOKSTEIN, F. L., BARR, H. M., PRESS, S. et SAMPSON, P. D. «A Fetal Alcohol Behavior Scale», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 22, 1998, p. 325-333.
- ⁷ FAST, D. K., CONRY, J. et LOOCK, C. A. «Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system», *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, vol. 20, 1999, p. 370-372.
- ⁸ Op. cit. BOLAND, BURRILL, DUWYN et KARP, 1998. Voir aussi STREISSGUTH *et al.*, 1996.
- ⁹ ANDREWS, D. A. et BONTA, J. *The Psychology of Criminal Conduct*, Cincinnati, OH, Anderson Publishing Co., 1994.
- ¹⁰ *Répertoire canadien des services d'information et de soutien en matière de SAF/EAF* (2001). Créé par le Centre canadien de lutte

- contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 75, rue Albert, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1P 5E7.
- ¹¹ ROBERTS, G. et NANSON, J. *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets d'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Ottawa, ON, Publications, Santé Canada, 2000.
- ¹² CONRY, J. et FAST, D. K. *Fetal alcohol syndrome and the criminal justice system*, Vancouver, CB, Fetal Alcohol Syndrome Resource Society, 2000.
- ¹³ Westcoast Genesis Society, 219, rue Carnarvon, New Westminster (Colombie-Britannique) V3L 1B7.
- ¹⁴ BOLAND, F. J., HENDERSON, K. et BAKER, J. *Analyse des besoins des délinquants : Le domaine de la toxicomanie*, Rapport de recherche R-75, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1998.
- ¹⁵ Op. cit. BOLAND, BURRILL, DUWYN et KARP, 1998. Voir aussi Westcoast Genesis Society, 2002.
- ¹⁶ JONES, K. L. et SMITH, D. W. «Recognition of fetal alcohol syndrome in early infancy», *Lancet*, vol. 2, 1973, p. 999-1001.
- ¹⁷ ASTLEY, S. J. et CLARREN, S. K. *Diagnostic guide for fetal alcohol syndrome and related conditions : The 4-digit diagnostic code*, 2^e édition, Seattle, Université de Washington, 1999. Voir aussi STRATTON, K., HOWE, C. et BAGGATLIA, F. (dir.). *Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment*, Washington, DC, National Academy Press, 1996.
- ¹⁸ Op. cit. STREISSGUTH, BOOKSTEIN, BARR, PRESS et SAMPSON, 1998.
- ¹⁹ Idem.