



**IMPLICATION DE LA FŒTOPATHIE ALCOOLIQUE DANS LA DÉLINQUANCE
RAPPORT POUR LES TRIBUNAUX ET LE BARREAU DE LA RÉUNION**

SAFFrance

Délégation régionale de la Réunion

Denis Lamblin, Thierry Maillard, Alain Fourmaintraux

Octobre 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
I. HISTORIQUE	4
II. GÉNÉRALITÉS ET DÉFINITIONS	4
III. INCIDENCES	5
IV. DESCRIPTION CLINIQUE	5
Le syndrome dysmorphique et malformatif du SAF	5
Le syndrome neurocomportemental	5
Les troubles primaires	6
Déficit cognitif	6
Déficit verbal	6
Déficit de la mémoire	6
Hyperactivité et déficit d'attention	6
Troubles du comportement	7
Les troubles secondaires	7
V. LE SAF, LE TNDLA ET LA JUSTICE	8
Dépistage et diagnostic	9
Méthodes de dépistage et de diagnostic	10
Investigation maternelle	10
Investigation infantile	10
Les traits physiques	10
Évaluation cognitive	10
Évaluation sociale et comportementale	11
Adaptation pénale	11
VI. CONCLUSION	12
BIBLIOGRAPHIE	13
Résolution de l'Association du Barreau canadien	15

La Fœtopathie alcoolique, c'est plus de 20.000 publications scientifiques, un pictogramme* sur les bouteilles de boissons alcoolisées et... de nombreux faits divers. Mais il ne semble pas que les connaissances, maintenant répandues dans le public, aient franchi le seuil des prétoires et des prisons. Pourtant, comme ce syndrome altère les fonctions cognitives et comportementales, les délinquants et les criminels qui en souffrent devraient bénéficier de mesures adaptées, si leur état était connu. Cette infirmité étant fréquente, elle devrait être évoquée fréquemment dans les affaires judiciaires concernant les adolescents ou les jeunes adultes.

La France, historiquement à la tête des conquêtes humanistes, est distancée sur le sujet par les pays anglo-saxons et particulièrement par le Canada où les instances judiciaires se préoccupent de leur adaptation à cette infirmité comportementale.

Impliqués depuis de nombreuses années par le diagnostic, le dépistage, le traitement et la prévention de la fœtopathie alcoolique dans notre pays et particulièrement à la Réunion, il nous a paru indispensable de nous préoccuper des conséquences judiciaires de cette infirmité, afin de combler le retard de notre société et d'améliorer le sort des sujets atteints de SAF ou de TNDLA, qui sont autant les victimes d'un agent tératogène que les auteurs de délits ou de crimes.

Nous nous sommes inspirés pour rédiger ce rapport de nos propres travaux (4, 8), des publications internationales et particulièrement du rapport rendu par F. J. Boland et collaborateurs pour le Service Correctionnel Canadien (1). Nous joignons au présent rapport la résolution de l'Association du Barreau canadien du 15 août 2010, adressée au gouvernement fédéral du Canada.

*



I. HISTORIQUE

L'alcool est l'agent tératogène le plus répandu. Son effet sur l'embryon et le fœtus a été décrit la première fois à Nantes par Paul Lemoine en 1968. Il a été redécouvert aux États-Unis en 1973 (Jones, Streissguth) et à Roubaix en 1981 (Dehaene). On retient en France le terme générique d'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) [Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)], qui recouvre le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale proprement dit (SAF) [Fetal Alcohol syndrome (FAS)] et la forme clinique uniquement neurocomportementale, non dysmorphique, dénommée Trouble Neurologique du Développement Lié à l'Alcool (TNDLA) [Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)].

II. GÉNÉRALITÉS ET DÉFINITIONS

L'alcool perturbe l'embryogenèse à tous les stades de la grossesse, à des doses d'alcool variables ingérées de façon chronique ou aiguë. La mère est le plus souvent dépendante de l'alcool et vit dans un milieu défavorisé : elle boit chaque jour des quantités d'alcool souvent élevées ; elle-même peut souffrir d'un SAF ou d'un TNDLA. Parfois, elle n'est pas dépendante, mais abuse de l'alcool de façon continue ou occasionnelle (ivresse). L'ivresse ponctuelle des adolescentes est une forme nouvelle et répandue d'alcoolisation (cuite) de fin de semaine.

L'impossibilité de déterminer un seuil de toxicité en fonction du terme de la grossesse ou des compétences métaboliques de la mère ou du fœtus oblige à conseiller l'abstinence totale pendant toute la durée de la grossesse : 9 mois, 0 alcool. Cette notion est à l'origine du pictogramme qui figure désormais sur toutes les boissons alcoolisées.

On distingue la forme clinique dysmorphique et malformative (SAF) de la forme uniquement fonctionnelle (TNDLA). Ces deux formes ont en commun l'atteinte neurologique et comportementale qui fait la gravité sociale et judiciaire du syndrome.

Le SAF comporte 4 critères :

1. Une consommation maternelle d'alcool pendant la grossesse
2. Un retard de croissance (poids, taille et périmètre crânien)
3. Des anomalies morphologiques (dysmorphie) du visage et des malformations diverses du squelette et des viscères
4. Des anomalies du système nerveux central (SNC)

Le TNDLA comporte les critères 1 et 4 et manque partiellement ou complètement des critères 2 et 3.

Les anomalies embryofœtales du SNC sont directement responsables du déficit cognitif et des troubles primaires du comportement. Le retard de croissance, la dysmorphie faciale et la profondeur du déficit cognitif facilitent le diagnostic de l'alcoolisation fœtale et donc la prise en charge précoce. Mais le TNDLA, souvent découvert tardivement, peut échapper à la prise en charge précoce et a pour cela des répercussions sociales plus graves que le SAF proprement dit. La dysmorphie s'estompant à l'adolescence et pouvant disparaître, un SAF, non diagnostiqué à la naissance ou pendant l'enfance, peut se présenter comme un TNDLA clinique à l'adolescence.

III. INCIDENCES

Le SAF est la première cause de retard mental non génétique. On estime son incidence mondiale moyenne à 1,9 ‰ (1), 2,8 ‰ à Seattle, 4,6 ‰ à Cleveland, 4,8 ‰ à Roubaix (7) et 4,3 ‰ à la Réunion (4). Dans les institutions médico-sociales de notre île 14 % des enfants et adolescents pris en charge souffrent d'un SAF complet ou partiel (8). Les TNDLA sont beaucoup plus répandus et on estime l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) à 1 % (7). Cette incidence est sans doute sous-évaluée puisqu'on estime que 4 à 5 % des femmes enceintes boivent plus de 3 verres d'alcool par jour (10). Comme on sait qu'il n'y a sans doute pas de dose seuil, l'incidence de l'ETCAF devrait être aux environs de 5 %. À la Réunion, on peut donc supposer que chaque année 700 fœtus sont exposés à l'alcool.

IV. DESCRIPTION CLINIQUE

Le syndrome dysmorphique et malformatif du SAF

Malformations diverses dans les formes graves : cerveau, cœur, reins, yeux, squelette...

Dysmorphie faciale qui a tendance à s'atténuer avec l'âge, mais qui peut garder des aspects évocateurs : espace entre le nez et la lèvre supérieure (philtrum) long, avec des sillons estompés ou effacés ; lèvre supérieure fine ; fentes palpébrales (distance entre le coin interne et le coin externe de l'œil) courtes : « petits yeux ».

Le syndrome neurocomportemental commun au SAF et aux TNDLA

L'alcool altère la prolifération, la différenciation, la migration, l'adressage et l'arborisation des neurones ; son action tératogène s'exerce pendant toute la grossesse. L'atteinte du cerveau est globale, mais celle des noyaux gris centraux, de l'hippocampe et du lobe frontal semble plus caractéristique. Ces territoires contrôlent la mémoire et les émotions.

Le syndrome neurocomportemental fait toute la gravité de la fœtopathie alcoolique. Il résulte d'anomalies biologiques, constitutionnelles de l'organisation des neurones, dues à l'effet tératogène de l'alcool : le sujet qui en souffre n'en est pas responsable. Ces anomalies sont en partie accessibles au traitement, à la condition d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

Il comporte des troubles primaires et des troubles secondaires.

Les troubles primaires, cognitifs et comportementaux sont directement dus aux anomalies cérébrales. Ils comportent en résumé :

- un retard mental (QD < 70 surtout dans le SAF, souvent entre 70 et 85 dans les TNDLA) ;
- une hyperactivité, une instabilité, une impulsivité et des troubles de l'attention
- un déficit de la mémoire à court terme et de travail
- un déficit du raisonnement abstrait et de l'arithmétique

- une désinhibition ou une inhibition exagérée
- une difficulté à comprendre les consignes longues

Les troubles secondaires sont les conséquences fréquentes des précédents et comportent :

- un échec scolaire ;
- une grande susceptibilité à la consommation d'alcool et de stupéfiants, et à leur dépendance ;
- des comportements sociaux inadaptés ;
- une soumission facile aux meneurs et à l'effet de groupe ;
- des récurrences d'actes délictueux et criminels ;
- des comportements sexuels inadaptés (exhibitions, attouchements inappropriés, viols) ;
- une perte d'autonomie, chômage et l'exclusion sociale.

Les Troubles primaires

Le déficit cognitif. Le SAF est la première cause de déficience mentale en Amérique du Nord et sans doute en France. Les sujets atteints de SAF ont pour 25 % d'entre eux un QI entre 20 et 70. Les sujets atteints de TNDLA ont un QI moins bas, parfois même normal. Le déficit cognitif peut paraître masqué par un « vernis » langagier chez ces enfants qui sont souvent de petite taille et paraissent plus jeunes qu'ils ne le sont. Le déficit est plus profond en calcul, en pensée abstraite qu'en expression verbale. L'inattention ajoutée à ce déficit explique les difficultés d'apprentissage scolaire.

Le déficit verbal. Il affecte beaucoup plus la compréhension verbale que l'expression. Le déficit de compréhension verbale surtout des consignes longues associé à la faiblesse du QI et au déficit de la mémoire rend compte des difficultés à recevoir et comprendre les informations et à communiquer correctement. Souvent bavards, ils peuvent faire illusion, mais souvent leur bavardage n'a pas de rapport avec les messages qu'ils ont reçus.

Le déficit de la mémoire. Les sujets atteints de SAF ou de TNDLA souffrent très fréquemment d'un déficit de la mémoire : à court terme, verbale, visuelle, spatiale, à l'étape d'encodage plus qu'à l'étape de récupération. Ce déficit est expliqué par l'atteinte spécifique de l'hippocampe. Il rend compte de l'incapacité à réaliser des consignes dont les directives sont oubliées en cours de route. Un enfant ou adolescent atteint de TNDLA peut répéter encore et encore des mots, des directives ou répéter finalement le déroulement d'une tâche et ne pas pouvoir la réaliser ; il peut se montrer incapable de classer des éléments, d'agir à tour de rôle ; et ce qu'il a finalement retenu, il l'a souvent oublié le lendemain. Ces anomalies sont souvent interprétées par les enseignants, les camarades ou les proches comme un manque de motivation ou un entêtement ; et ce jugement retentit sur l'humeur.

Le Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA). Il n'est pas spécifique de l'alcoolisation fœtale, mais on estime qu'il affecte 85 % (surtout par son versant attentionnel) des sujets atteints de TNDLA ou de SAF. Le diagnostic de THADA ou plus souvent de TDA doit faire rechercher une alcoolisation fœtale, qui a

pu être mineure et qualifiée de mondaine. Il se manifeste très tôt, dès l'âge préscolaire ; il rend l'enfant insupportable et l'expose aux sévices ; il perturbe la scolarisation et peut la rendre impossible. Il s'accompagne souvent de comportements très évocateurs d'alcoolisation fœtale (5) : absence d'embarras ou de culpabilité, vols, mensonges, tricherie, cruauté, actes infantiles qui témoignent de troubles de l'empathie à l'origine des troubles du comportement social ci-dessous.

Les troubles du comportement. Dès le début de la scolarisation, les enfants atteints de SAF ou de TNDLA se montrent « sans pitié », agressifs, ne tirent pas de leçons de leurs erreurs de comportement, ne se font pas d'amis. L'hyperactivité et le manque de contrôle des émotions expliquent les crises de colère et les passages à l'acte. Les sujets atteints de SAF ou de TNDLA finissent par être repoussés par leurs camarades dont ils peuvent devenir les victimes.

Les troubles du comportement des sujets atteints de SAF ou TNDLA sont la marque d'un déficit structurel de l'empathie. L'empathie est la capacité innée de l'homme et de certains animaux à attribuer à autrui des émotions. Elle nécessite le bon fonctionnement de « cartes cérébrales » qui évaluent la valeur émotive des stimuli, attribuent aux autres des valeurs émotives comparables et activent ou inhibent des réponses adaptées. Le bon fonctionnement de l'empathie est à la base de la vie sociale, animale ou humaine. Le lobe frontal joue un rôle primordial dans les « cartes cérébrales » de l'empathie. Il est indispensable à la « simulation de l'état du corps » et au déclenchement des émotions. Expérimentalement et cliniquement, les lésions du lobe frontal déclenchent « un syndrome frontal » qui comporte une inattention, une hyperactivité et des comportements sociaux inadaptés. C'est précisément ce dont souffrent les sujets atteints de SAF ou de TNDLA. L'absence d'embarras ou de culpabilité, les vols, les mensonges, la tricherie, la cruauté, les explosions de colère décrits chez eux sont d'origine organique, c'est-à-dire secondaires à l'effet toxique prénatal de l'alcool sur les circuits ou cartes cérébrales.

Les Troubles secondaires.

Les troubles primaires, congénitaux, dus à l'alcoolisation, se compliquent de leurs conséquences en l'absence de prise en charge précoce. Le cumul des déficits de la mémoire, de l'attention, de la compréhension, de l'expression et surtout des troubles du comportement provoque un échec scolaire. Cet échec est fortement ressenti, surtout par les sujets dont le QI est le moins altéré, c'est-à-dire chez ceux qui sont atteints de TNDLA, ce qui fait la plus grande gravité de cette forme clinique. La dépréciation de soi, l'humeur maussade puis la dépression sont une évolution fréquente à l'adolescence : 40 % des adultes atteints de SAF ou de TNDLA souffrent de dépression et 25 % font des tentatives de suicide (1). Les troubles du comportement prennent une dimension délinquante : agressions, vols s'ajoutent à l'exclusion sociale. L'exclusion étant due autant au rejet des proches qu'à la difficulté de se prendre en charge dans la vie, de prendre les bonnes décisions, de s'adresser aux bonnes personnes, de gérer un budget, de s'insérer dans le fonctionnement de la société. Les comportements impulsifs vont presque toujours à l'encontre de l'intérêt personnel, en matière de finance comme en matière de rapports sociaux. Leur mélange de naïveté et d'impulsivité les rend aisément manipulables par les groupes de délinquants.

Selon une étude de Streissguth et al. (9) aux USA, 61 % des adolescents et adultes atteints de SAF ou de TNDLA ont interrompu leur scolarité, 60 % ont eu affaire avec la justice, 50 % ont été incarcérés ou internés, 49 % ont eu un comportement sexuel anormal et 35 % ont des problèmes avec l'alcool et les drogues. La même étude montre que 80 % n'ont pas été élevés par leur mère et qu'une éducation dans un milieu stable et favorable, ce qui dépend d'un diagnostic précoce, divise par quatre les pourcentages ci-dessus.

Selon La Due et al. (3) 86 % des enfants atteints de SAF ou TNDLA avaient été négligés, 52 % avaient été victime de violence physique, 35 % d'agression sexuelle.

Les facteurs protecteurs des troubles secondaires sont : vivre dans un foyer stable et favorable, demeurer dans la même famille, ne pas être victime de violences, bénéficier d'une prise en charge des troubles primaires à la suite d'un diagnostic précoce.

Les facteurs aggravants sont : souffrir d'un TNDLA plutôt que d'un SAF, avoir un QI supérieur à 70. Il est en effet plus difficile de faire le diagnostic précoce en l'absence de dysmorphie ou de retard mental important.

V. LE SAF, Le TNDLA ET LA JUSTICE

Il n'existe aucune étude sur la prévalence du SAF ou du TNDLA dans les prisons, bien que la littérature ait accumulé les preuves d'un lien entre l'alcoolisation fœtale et le crime. L'article 122-1 du nouveau Code Pénal français fait une distinction entre abolition et altération du discernement, qui permet de condamner des malades mentaux à une peine d'emprisonnement : *« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »* L'application de cet article a fait passer le taux d'irresponsabilité pénale de 17 % en 1980 à 0,17 % en 1997 (Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (2).

Cela explique *« qu'en 2004, une enquête épidémiologique demandée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) révélait la présence de 14 % de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus) dont 7 % (plus de 4 000 détenus) atteints de schizophrénies. On assiste à un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison. L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement, et en particulier de la notion de responsabilité pénale ; perte du sens même du soin et du rôle de soignant ; et même perte du sens du rôle de surveillant... Punir semble primer sur les soins. »* (2)

Une mission sénatoriale de mai 2010 (6) rapporte que 25 % des prisonniers français souffrent de troubles mentaux. Parmi ceux-ci, toutefois, les troubles organiques du comportement ne sont pas notés ; peut-être ne sont-ils même pas connus des

Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) sur lesquels les chiffres du rapport sénatorial reposent.

À notre connaissance, seuls les États-Unis et le Canada ont entrepris officiellement de s'attaquer à la question de la réponse judiciaire à la délinquance des sujets atteints du handicap cérébral appelé SAF ou TNDLA. Il paraît vraisemblable que s'il existait des comportements criminels dans la trisomie 21, la réponse judiciaire prendrait en compte l'origine chromosomique de ces comportements. L'origine toxique, congénitale, de l'infirmité comportementale des fœtopathies alcooliques devrait provoquer une attitude semblable, or ce n'est pas le cas. Les sanctions pénales appliquées aux criminels atteints de fœtopathie alcoolique sont les mêmes que celles qui sont prévues par le Code pénal pour les criminels qui ne souffrent d'aucune infirmité mentale.

Si l'on suppose que les sanctions pénales sont destinées à protéger la société et à changer le délinquant ou le criminel, ce but n'est jamais atteint en matière de fœtopathie alcoolique. D'une part, la société n'est pas protégée parce que le mécanisme tératogène n'est pas clairement combattu et qu'il a de grandes probabilités de se reproduire. D'autre part, l'espoir de modifier le comportement criminel est illusoire puisque le sujet atteint de SAF ou de TNDLA, qui n'est pas maître de ses troubles, ne comprend pas clairement le lien entre ses actes et les dommages aux victimes et encore moins l'utilité des sanctions. Souvent, il n'est pas apte à comprendre et subir un procès. Les spécialistes du droit devraient être mis au courant qu'il existe un risque élevé qu'un sujet atteint de SAF ou de TNDLA fasse de faux aveux : souvent, il répondra oui aux questions suggestives et changera sa réponse si elle est mal accueillie. Enfin, s'il est incarcéré, il risque d'être exposé aux sévices de ses codétenus, surtout si le motif de l'incarcération est de nature sexuelle.

En France, à notre connaissance, le diagnostic de TNDLA ou de SAF n'est jamais soupçonné au cours des mises en examen : les policiers et les magistrats se contentent d'appliquer l'étiquette de « personnalité antisociale » à des infirmes et n'envisagent pas qu'à ce titre ils puissent avoir des « besoins spéciaux ». En résumé, actuellement, l'institution judiciaire, en matière de fœtopathie alcoolique, « *fait d'une infirmité un crime* ».

Ces considérations doivent faire envisager un dépistage de l'alcoolisation fœtale lors des procédures pénales, une adaptation des sanctions et une adaptation de l'internement, s'il a lieu.

1. Dépistage et diagnostic

La **connaissance d'une infirmité** comme le SAF ou le TNDLA est bénéfique à la fois pour la société et pour l'individu : elle fait « la promotion de la visibilité » ; elle permet de cerner la cause d'un comportement inacceptable ; elle déculpabilise la personne atteinte à qui la raison de ses problèmes est révélée ; elle éclaire la société sur un mécanisme de déviance sociale et modifie ses attentes irréalistes. Toutefois, si l'attribution d'une étiquette de fœtopathie alcoolique permet de relier une infirmité sociale à un agent tératogène, il ne faut pas oublier que d'autres infirmités sociales ont des causes postnatales aussi graves et qui créent autant de « besoins

particuliers ». Les troubles adaptatifs que présentent les sujets atteints de SAF ou de TNDLA sont également observables chez des personnes victimes de maltraitance infantile et particulièrement chez les enfants d'alcooliques.

L'idéal est celui d'un **diagnostic précoce**. Il permet une diminution des troubles du comportement grâce à une prise en charge et une adaptation de son environnement qui peut tirer parti de la grande plasticité cérébrale des premières années de la vie. Ce diagnostic connu pourrait être communiqué lors de la procédure, à la défense comme à l'accusation. Cette situation devrait devenir plus fréquente depuis que la fœtopathie alcoolique est mieux connue du personnel soignant et du public.

Quand l'alcoolisation fœtale d'un mis en examen n'est pas connue, ce qui est encore le plus fréquent, il faut envisager un **dépistage au cours de la procédure**, à défaut en cours d'incarcération. Bien qu'un diagnostic tardif soit moins profitable pour l'individu comme pour la société, il n'est pas inutile à la manifestation de la vérité. Celle-ci peut modifier le jugement, orienter et aménager la sanction, préparer l'avenir.

2. Méthodes de dépistage et de diagnostic

Le dépistage des adolescents et adultes inculpés atteints de SAF ou de TNDLA **nécessiterait des compétences et des ressources importantes, ainsi qu'une procédure normalisée**. Il faut envisager cinq investigations : les antécédents maternels, les antécédents infantiles, les traits physiques, l'évaluation cognitive, l'évaluation comportementale.

L'investigation maternelle doit établir les antécédents maternels à l'époque de sa fécondité : la notoriété de son alcoolisation aura pu être connue des services sociaux et médicaux. L'expérience canadienne et réunionnaise révèle que le plus souvent la mère ne répugne pas à fournir ces renseignements qui l'éclairent sur le comportement de son enfant. On peut se faire aider par les associations d'anciens buveurs ou par les associations qui s'occupent de la prévention du SAF.

L'investigation infantile doit établir les faits évocateurs de SAF ou de TNDLA : antécédents scolaires, fréquentation des CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce), des IMP, des CMPP, de classes spécialisées(CLIS, SEGPA...).

Les traits physiques du visage, stigmates du SAF, s'estompent à l'adolescence, mais ils peuvent persister, surtout la brièveté de la longueur de la fente palpébrale, qui peut être mesurée à l'aide de photographies standardisées. On peut s'aider de photographies réalisées au cours de l'enfance. Il faut rechercher en outre la persistance d'une petite taille, d'un petit périmètre crânien. L'appréciation d'une dysmorphie nécessite l'intervention de médecins rompus au diagnostic des malformations et aptes à éliminer des diagnostics différentiels.

L'évaluation cognitive ne doit pas se cantonner au QI , mais porter sur les aspects spécifiques au SAF et TNDLA : les difficultés d'abstraction, les difficultés en arithmétique, le déficit de la mémoire à court terme, de logique, troubles frontaux : planification, flexibilité, mémoire de travail, attention...

L'évaluation sociale et comportementale utilise le plus souvent les échelles de comportement adaptatif de Vineland (ECAV) qui permettent d'évaluer les habiletés quotidiennes, de socialisation, de vie en commun. Les adolescents et adultes atteints de SAF ou de TNDLA ont un comportement adaptatif faible, bien inférieur à leur âge chronologique et surtout à leur QI. Sur un échantillon de 92 adolescents et adultes atteints de SAF ou de TNDLA, LaDue, Streissguth et Randels (3) ont montré que ces sujets avaient une habileté à communiquer d'un enfant de 8 ans, une habileté dans la vie quotidienne d'un enfant de 9 ans et une habileté de socialisation d'un enfant de 7 ans. Le mauvais comportement adaptatif, caractéristique de cette population, est leur plus grande infirmité. Certains auteurs américains (Streissguth et collaborateurs) (1) évaluent la validité d'une échelle de comportement lié à l'alcoolisation fœtale (ECAV). Selon cette échelle, les sujets atteints de SAF ou de TNDLA ont des difficultés à « moduler les stimuli », c'est-à-dire une mauvaise accoutumance, et des difficultés à établir un rapport rationnel entre des causes et des effets dans les relations sociales.

3. Adaptation pénale

Notre démarche est fondée sur le fait que les personnes atteintes d'une forme de fœtopathie alcoolique souffrent de lésions cérébrales qui sont la cause des troubles du comportement et des actes délictueux ou criminels qui en découlent.

Selon A.P. Streissguth, citée dans le rapport de F.J. Boland (1), le personnel pénitencier de l'État de Washington connaissait bien le profil caractéristique des adultes atteints de SAF ou de TNDLA, mais ignorait que ce profil porte un nom et qu'il est dû à des lésions organiques du cerveau. Il est probable qu'il en est de même à la Réunion. Mais une fois que la cause d'un désordre social est connue, il paraît logique que le comportement à son égard s'adapte. Ainsi, les victimes d'alcoolisation fœtale ne devraient plus être considérées comme des personnes antisociales, non motivées, autodestructrices, manipulatrices, mais comme des infirmes du système nerveux central, qui ont des besoins spéciaux : cela devrait changer complètement le jugement moral qu'on porte sur eux. Et cela devrait aussi changer un jugement pénal.

Selon le même auteur (1), le comportement des adultes atteints de SAF ou de TNDLA, comme cela se passe au cours de l'enfance, s'améliore dans un milieu organisé, stable, ordonné, qui assure un encadrement et offre des occupations journalières prévisibles. Une autorité bienveillante, non méprisante, faisant au contraire des commentaires constructifs, peut réduire la frustration, la dépréciation, la dépression. Quand ces règles sont observées, les adolescents et adultes atteints de SAF ou de TNDLA et incarcérés sont plus faciles à gérer. Comme ils sont rapidement débordés par les rapports sociaux pénibles en lieux clos, il faut veiller à ce qu'ils ne soient pas livrés aux rapports de force qui s'établissent dans les cellules surpeuplées, mais au contraire les soumettre à une surveillance étroite et leur éviter les promiscuités dangereuses. Souvent méprisés par les autres détenus et facilement manipulables, ils sont en effet les victimes désignées des meneurs. Ainsi, s'ils sont souvent eux-mêmes auteurs d'agressions sexuelles, pour lesquelles ils peuvent être incarcérés, ils deviennent aussi souvent en prison des victimes d'agressions sexuelles.

Ces considérations concernent les conditions d'emprisonnement. Mais cette peine est tout à fait inadaptée aux délinquants et criminels victimes d'alcoolisation fœtale. L'incarcération, qui a l'avantage de protéger la société d'individus effectivement dangereux, est tout à fait inapte à amender le comportement antisocial d'infirmités neurologiques qui ont un âge adaptatif d'enfants de 7 à 9 ans (voir plus haut). Il faut faire coïncider leurs besoins spéciaux avec les nécessités sécuritaires. Des mesures d'internement dans des établissements aménagés pour des infirmités mentales seraient plus avisées. Ces établissements pourraient servir à des personnes ayant des comportements semblables mais d'autres natures. Il ne s'agirait pas pour autant d'établissements psychiatriques, mais plutôt d'établissements de réadaptation comportementale, non disciplinaires. C'est ainsi que le prévoit le Code Pénal suisse (6) : « Lorsque l'auteur est un jeune majeur (moins de vingt-cinq ans au moment de l'infraction) et qu'il souffre de graves troubles du développement de la personnalité, le juge peut ordonner un placement dans un établissement pour jeunes adultes, qui doit « favoriser l'aptitude de l'auteur à vivre de façon responsable et sans commettre d'infractions ». La privation de liberté entraînée par l'exécution de la mesure ne peut excéder quatre ans (six en cas de réintégration à la suite de la libération conditionnelle) et doit être levée lorsque l'auteur atteint l'âge de trente ans. » Des dispositions semblables existent dans le Code Pénal belge (6).

Ce n'est pas le but de ce rapport de définir le contenu des programmes de réadaptation, mais il est probable que beaucoup serait à inventer, l'expérience étant petite en la matière (1). La seule certitude est que l'abord psychiatrique et analytique seul n'a jamais obtenu de succès chez les personnes atteintes de SAF ou TNDLA. Par contre les méthodes comportementales auraient quelques chances d'être efficaces. La stratégie proposée par le rapport au Service Correctionnel Canadien (1) consiste à modifier les programmes actuels reconnus dans les domaines de la sociabilité, des connaissances pratiques, des aptitudes cognitives, de la toxicomanie, de la maîtrise comportementale... dans le but de les rendre plus concrets, réguliers et répétitifs.

Après la période d'internement, les mêmes mesures de réadaptation, associées à des moyens de surveillance électronique, pourraient être poursuivies en milieu ouvert, dans les familles, si celles-ci ne sont pas pathogènes, ou dans des structures d'hébergement.

VI. CONCLUSION

Aucune mesure ne remplacera jamais la prévention de l'alcoolisation fœtale, et il y a encore beaucoup à faire pour informer la population et motiver les pouvoirs publics. Les progrès réalisés dans la prévention primaire en France demeurent très insuffisants ; les efforts déployés pour les obtenir laissent augurer de ceux qui seront encore nécessaires et sans doute encore insuffisants ! Si la prévention a échoué, le diagnostic précoce et les soins dès la petite enfance permettent de compenser les lésions cérébrales. Les progrès en la matière, qui ne dépendent que de la perspicacité et de la vigilance médicale, seront peut-être plus faciles à réaliser. Cependant la situation actuelle, que la société ne sait ou ne veut éviter, et qui aboutit à envoyer devant la justice des cohortes d'infirmités cérébrales, va sans doute encore durer longtemps. C'est à cette situation que ce rapport s'adresse en réaffirmant que l'on *fait aujourd'hui un crime d'une infirmité*, qu'il faut joindre aux mesures

sécuritaires une intelligente compassion, qu'il faut pour cela adapter les sanctions aux besoins spéciaux des délinquants victimes d'alcoolisation foétale et ajouter des soins et des programmes éducatifs aux sanctions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boland FJ, Burrill R, Duwyn M, Karp JSyndrome d'alcoolisme foetal : répercussion pour le service correctionnel. Rapport, 1998.
2. CCNE. Avis n° 94. La santé et la médecine en prison. 21 novembre 2006.
3. LaDue RA, Streissguth AP et Randels SP (1992). Clinical Considerations pertaining to adolescents and adults with Fetal Alcohol Syndrome. In Sondregger, T.B.(Ed.). *Perinatal Substance Abuse: Research Findings and Clinical Implications*. (pp. 104-131). Baltimore: John Hopkins University Press.
4. Maillard T, Lamblin D, Lesure JF, Fourmaintraux A. Incidence of fetal alcohol syndrome on the southern part of Réunion Island (France) *Teratology*. 1999 Aug;60(2):51-2.
5. Nash K, Rovet J, Greenbaum R, Fantus E, Nulman I, and Koren G. Identifying the behavioural phenotype in fetal alcohol spectrum disorder: sensitivity, specificity and screening potential *Arch Womens Ment Health* (2006) 9: 181–186
6. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Sénat. Rapport d'information de M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales n° 434 (2009-2010) - 5 mai 2010
7. Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Little RE, Clarren SK, Dehaene P, Hanson JW, Graham JM Jr Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*.1997 Nov;56(5):317-26.
8. Serreau R, Maillard T, Verdier R, Bouchara L, Catteau C, Hervé C, Fourmaintraux A, Lamblin D, Lesure JF, Jacqz-Aigrain E. Clinical study and prevalence of fetal alcohol syndrome in medico-social institutions of the Reunion Island *Arch Pediatr*. 2002 Jan;9(1):14-20. French.
9. Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr*. 2004 Aug;25(4):228-38.

10. Urso Baiardo L, Fline-Barthes MH, Subtil D, Therby D.
Évaluation de la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse.
Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (2) : 1-7

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et le système de justice pénale

ATTENDU QU'une personne dont la mère, lors de la grossesse, a consommé de l'alcool au cours d'une phase critique du développement du fœtus, peut souffrir d'une atteinte cérébrale organique permanente qui donne lieu à des troubles cognitifs que l'on regroupe sous le nom « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale» (ETCAF ou TCAF), toute la gamme de troubles neurologiques et de troubles de comportement dont peut souffrir un individu;

ATTENDU QUE les déficiences liées à l'ETCAF sont le reflet de l'atteinte au cerveau et au système nerveux central sous-jacent, et que celles-ci comprennent des dysfonctionnements au niveau mental, des fonctions exécutives faibles, des troubles de la mémoire, un jugement affaibli, une incapacité de maîtriser ses impulsions, de comprendre les conséquences de ses actions et de modifier son comportement;

ATTENDU QUE la nature des comportements qui découlent de l'ETCAF fait en sorte que les personnes qui en souffrent ont souvent des démêlés avec la justice;

ATTENDU QUE le système de justice pénale est fondé sur un certain nombre d'hypothèses normatives voulant que toute personne agisse de façon volontaire, prenne des décisions éclairées lorsqu'elle commet un crime et tire des enseignements de son propre comportement et de celui des autres;

ATTENDU QUE ces hypothèses normatives et les principes qui sous-tendent la détermination de la peine, telles la dissuasion particulière et la dissuasion générale, ne s'appliquent pas aux personnes souffrant de TCAF;

ATTENDU QUE les choix en matière de détermination de la peine dont disposent les juges sont souvent inefficaces pour ce qui est de changer le comportement de personnes souffrant de TCAF et ces derniers sont souvent des récidivistes;

ATTENDU QUE l'approche adoptée quant aux délinquants souffrant de TCAF n'est pas constante et que certains tribunaux ont statué qu'on ne répond pas aux objectifs visant la réhabilitation et la dissuasion en incarcérant les personnes souffrant de TCAF;

ATTENDU QUE les personnes souffrant de TCAF ont le droit, en vertu de la *Charte des droits*, à l'égalité réelle, par opposition à l'égalité formelle, sous le régime du droit pénal, indépendamment de toute discrimination fondée sur leur déficience;

ATTENDU QUE les lois, les programmes et les activités pourraient pallier les inégalités auxquelles font face les personnes souffrant de TCAF, dont le comportement est évalué selon une norme qu'ils sont incapables de respecter en raison de leur déficience;

ATTENDU QUE les ministres de la Justice des paliers fédéral, provinciaux et territoriaux, qui reconnaissant ce qui précède, ont mis en oeuvre une initiative en matière d'accès à la justice pour les personnes souffrant de TCAF;

QU'IL SOIT RÉSOLU QUE l'Association du Barreau canadien :

1. appuie l'initiative des ministres de la Justice des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière d'accès à la justice pour les personnes souffrant de TCAF et exhorte tous les paliers du gouvernement à attribuer des ressources supplémentaires à la mise en oeuvre de solutions de rechange pour éliminer la criminalisation de personnes souffrant de TCAF;
2. exhorte les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à rédiger des politiques dont l'objet est d'aider les personnes souffrant de TCAF et d'améliorer leur bien-être, ainsi que d'empêcher que ces dernières soient constamment surreprésentées au sein du système de justice pénale;
3. exhorte le gouvernement fédéral à modifier la législation pénale en matière de détermination de la peine afin d'accommoder les personnes souffrant de TCAF.

Copie-certifiée d'une résolution adoptée, par le Conseil de l'Association du Barreau canadien, lors de son Assemblée annuelle, à Niagara (Ontario) les 14 et 15 août 2010.

John D-V. Hoyles Chief Executive Officer / Chef de la direction