TSAF JUSTICE

Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale

POLICE & JUSTICE FACE AUX TROUBLES DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE (TSAF) Revue de la littérature

COMMANDITAIRE
VIVRE AVEC LE SAF
51, rue du Pont de l'Eze – 84240 LA TOUR D'AIGUES
Mail : vivreaveclesaf@sfr.fr - Site : www.vivreaveclesaf.fr

AUTEUR
Lucile Hervouet, Sociologue
Mail : lucile.hervouet@gmail.com

Juillet 2020

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit par l'association Vivre avec le SAF, grâce au soutien de la CNSA.

Il a été rédigé par Lucile Hervouet, sociologue, qui a bénéficié des conseils avisés du conseil scientifique constitué de :

Dr David Germanaud, neuropédiatre, Hôpital Robert-Debré (Paris), et chercheur NeuroSPIN à l'INSERM

Pr Bérénice Doray, Directrice du Centre Ressources ETCAF de La Réunion

Dr Juliette Bloch, Directrice des alertes et vigilances sanitaires à l'ANSES

Dr Catherine Dartiguenave, ancienne chargée de mission à l'Agence Française de l'Adoption

Dr Hélène Dembreville, en charge d'addictologie au CSAPA de St Quentin

Dr Thierry Danel, psychiatre au CSAPA du CHRU de Lille

Stéphanie Toutain, sociologue, chercheur au CERMES 3, Université Paris Descartes

Geneviève Laurent, présidente de l'ANECAMSP

SYNTHESE

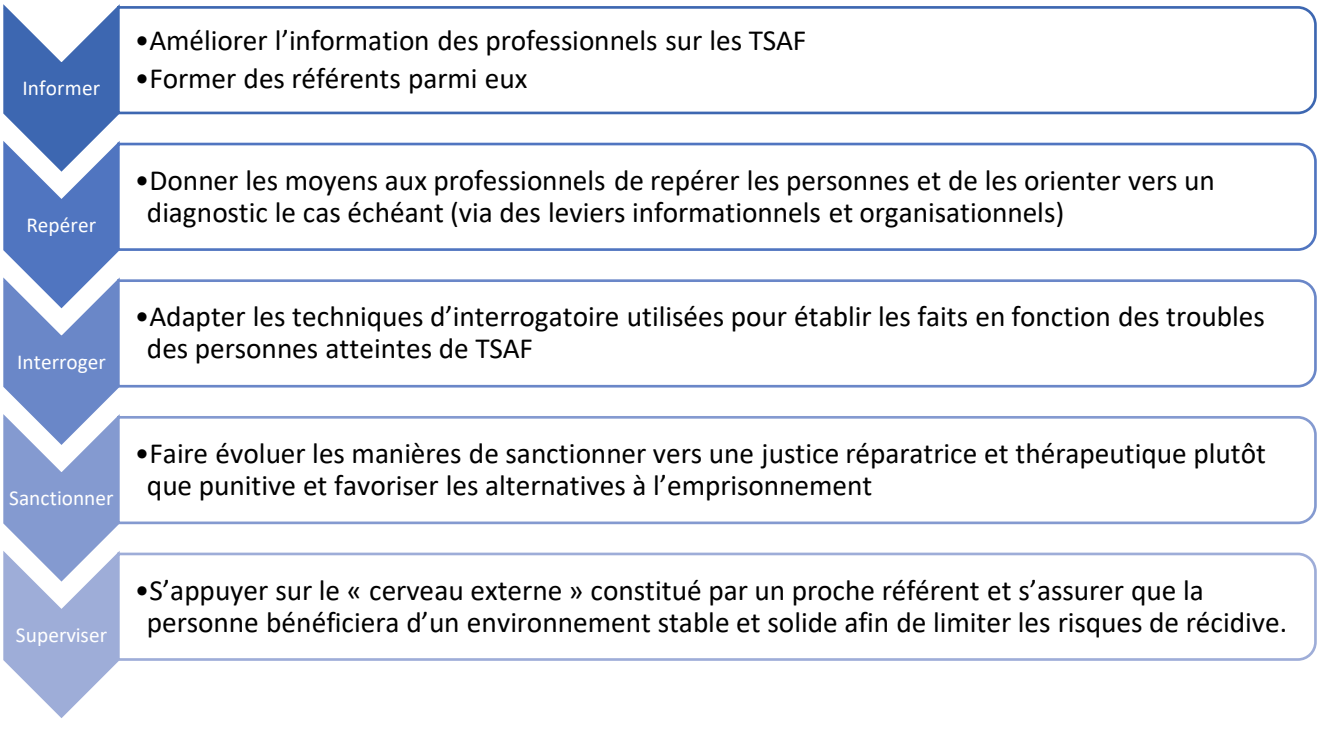
Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) désignent les diverses affections possibles chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool pendant sa grossesse, et sera utilisé tout au long de ce rapport pour désigner à la fois le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF, avec signes physiques) et les autres troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF, sans signes physiques).

L'incidence des TSAF et ses répercussions sur les individus concernés mais aussi sur leurs proches en font un problème de santé publique, représentant un coût pour la société encore mal connu. Ce coût s'accroît lorsque les personnes ont des démêlés avec la justice. Or, plusieurs travaux, notamment nord-américain ont mis en évidence un risque accru de démêlés avec la justice des personnes atteintes de TSAF en tant que coupables mais aussi en tant que victimes ou témoins. De plus, la reconnaissance de ces troubles doit amener à questionner, pour chaque individu, sa capacité à subir un procès et à être considéré comme responsable de ses actes.

Une revue de littérature regroupant 133 documents, nous a permis de recenser des bonnes pratiques favorisant un traitement équitable et efficace des personnes atteintes de TSAF au sein du système judiciaire.

Notre première recommandation consiste à améliorer la sensibilisation et la formation des professionnels de la justice et de la police, afin de répondre au premier défi qui est de repérer les personnes. Une fois cette étape franchie, le deuxième défi est d'adapter leur parcours judiciaire : depuis l'établissement des faits, en passant par la sanction et l'accompagnement et jusqu'aux mesures de réinsertion. Notre hypothèse est qu'un parcours davantage adapté serait non seulement plus juste mais aussi plus efficace dans la mesure où il améliorerait les chances de réhabilitation.

Le schéma ci-dessous synthétise cette approche par « itinéraire » :



SOMMAIRE

Remerciements 2
Synthèse 3
Sommaire 4
1. Contexte et objectif 5
2. Rappels généraux sur les TSAF : répercussions individuelles et sociétales 8
2.1. Une diversité d'atteintes, qui évoluent au cours du cycle de vie 8
2.2. Une incidence sous-estimée et teintée d'inégalités socio-économiques 9
2.3. Des répercussions économiques difficilement mesurables 10
3. TSAF et système judiciaire : un état des lieux 11
3.1. TSAF et démêlés avec la justice : des données pour cerner le problème 11
3.2. Comprendre le comportement des individus incriminés ou victimes 15
3.3. Le défi d'un traitement adapté des individus incriminés 17
4. Les pistes d'actions et recommandations 22
4.1. Recommandation 1 : Informer les professionnels et former des référents 22
4.2. Recommandation 2 : Repérer et orienter vers un diagnostic 25
4.3. Recommandation 3 : Etablir les faits 31
4.4. Recommandation 4 : adapter les sanctions et accompagner 32
4.5. Recommandation 5 : Superviser pour éviter la récidive 41
4.6. Synthèse des recommandations par acteur 42
Conclusion 52
Bibliographie 54
Annexes 61
Annexe 1. Synthèses des troubles et incapacités en fonction du cycle de vie (Boland et al. 1998) 61
Annexe 2. Outil de dépistage et d'orientation à destination des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (*FASD Screening and Referral Tool for Youth Probation Officers*) . 62
Annexe 3. Témoignage d'un jeune homme atteint de TSAF, en détention provisoire 67

1. Contexte et objectif

○ *Définitions préalables*

L'exposition prénatale à l'alcool peut causer des troubles importants du développement, en particulier du neurodéveloppement qui se traduisent par une évolution particulière des enfants jusqu'à l'âge adulte avec des conséquences sur le fonctionnement cognitif et le comportement social pouvant notamment se traduire par un mauvais contrôle des impulsions, une diminution de la capacité de jugement moral et de la pensée rationnelle (Varescon, Gaugue-Finot, et Wendland 2006). Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) désignent les diverses affections possibles chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) correspond à la forme la plus caractéristique et sévère mais la moins fréquente (entre 1/3 et 1/5 des cas) et désigner des personnes qui présentent des malformations physiques et visibles à la naissance. En France, on parle volontiers de Troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) pour désigner les formes de TSAF sans SAF mais avec handicaps cognitifs et comportementaux comparables.

Equivalents anglophones : TSAF est la traduction que nous utilisons du terme anglais FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder), et est synonyme d'ETCAF (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale). SAF est la traduction de FAS (Fetal Alcohol Syndrome).

Dans le cadre de ce rapport, nous utiliserons la catégorie générique de TSAF, notamment parce que la différenciation entre SAF et TCAF peut avoir pour effet pervers de conduire à considérer les TCAF comme une forme incomplète ou « édulcorée » du SAF qui pourrait donner lieu à une inégalité de traitement y compris au sein du système judiciaire (Mela et Luther 2012).

Les TSAF ont des répercussions variées et délétères tout au long de la vie des individus, à l'école, au travail, dans leur vie intime, avec des trajectoires de soins complexes. Tout en rappelant la diversité des atteintes en fonction des individus, des troubles neurodéveloppementaux et leur évolutivité au cours du cycle de vie, la littérature scientifique a questionné la corrélation entre TSAF et comportements délinquants.

○ *De la vulnérabilité des personnes atteintes de TSAF aux démêlés avec la justice…*

Nous verrons que les personnes atteintes de TSAF ont plus tendance à avoir des comportements inadaptés et dangereux, qui accroissent le risque de délinquance et de criminalité mais aussi celui de victimisation (Conry et Fast 2010). Ces comportements sont souvent interprétés comme étant des actes volontaires voire prémédités, alors qu'ils s'expliquent par les dommages permanents causés par l'exposition prénatale du cerveau à l'alcool et leurs répercussions sur le plan cognitif et psychiatrique. Les personnes concernées ont donc besoin de soutien et de suivi tout au long de leur vie, à l'école, au travail mais aussi lorsqu'elles ont des démêlés avec la justice.

Ce rapport souhaite rendre compte des apports de cette littérature en se demandant : dans quelle mesure les individus ont-ils un risque accru de démêlés avec la justice ? Pourquoi les TSAF représentent-ils des « terrains fertiles » pour développer un comportement délinquant ? Lorsqu'une personne atteinte de TSAF est identifiée en tant que coupable, victime ou témoin, comment appréhender son comportement et ses besoins spécifiques, au regard de la diversité des atteintes possibles ? Quelles pistes d'actions et recommandations peut-on en déduire pour les professionnels de la justice ?

○ *…A la proposition de recommandations pour les professionnels de justice*

Les deux extraits ci-dessous soulignent l'importance des recommandations à destination des professionnels de la justice. Le premier témoignage met en évidence la complexité d'accompagner un

client atteint de TSAF pour un avocat. Le second extrait tiré d'un procès illustre la nécessité de mieux comprendre le comportement des individus incriminés et les besoins qui en découlent :

> « Je présumais que mes clients atteints du SAF seraient capables de manifester des remords devant le juge chargé de prononcer la peine. (…) J'ai omis de voir que derrière l'aspect positif et amical de mes clients il y avait un autre problème. Aux yeux de la plupart des juges, des agents de police, des agents de probation et d'autres avocats, mes clients n'avaient pas l'air d'être des jeunes réellement mauvais. Ils avaient tendance à se présenter comme des personnes qui avaient commis un crime pour la première fois et qui avaient fait une " erreur " unique et stupide. Le problème était qu'ils avaient en réalité de lourds casiers judiciaires pour le même genre " d'erreur ". » (Boulding, D., 2001).
>
> « L'accusé s'est exprimé de manière incohérente, décousue et souvent insensible. » (*R. c. Henry*, [1996, Y.J. nº 39, au par. 8 (C.S.), MacCullum Terr. J.C.) (rapporté par Conry, J. et Fast, D., 2000).

L'enjeu de ces recommandations est non seulement d'améliorer l'efficacité du système mais aussi de pallier l'invisibilité des TSAF afin de traiter de manière éthique et équitable les personnes incriminées et de mieux accompagner leur entourage proche. En effet, si la priorité des politiques publiques reste la prévention des TSAF, un autre axe doit être la réponse à leurs besoins, étant entendu qu'un milieu favorable et une intervention précoce sont pour beaucoup dans l'atténuation des conséquences des troubles (Boland, Chudley, et Grant 2002). Le repérage des troubles au sein du système de justice et l'adaptation des interventions auprès des individus incriminés représentent un enjeu central pour améliorer leur prise en charge globale. Si les TSAF ne peuvent pas être une excuse à la délinquance, ce rapport permettra en revanche de les constituer comme des facteurs explicatifs mais aussi comme des critères d'adaptation des interventions et des pratiques professionnelles.

De plus, ce rapport souhaite souligner l'importance de poursuivre les travaux portant sur les répercussions des TSAF sur le système judiciaire et la compréhension des besoins spécifiques des personnes concernées. En effet, si ces thèmes ont fait l'objet d'une attention importante depuis plusieurs années, notamment au Canada, nous verrons qu'il existe encore peu de données empiriques sur le nombre de cas ou les conséquences subies par les personnes incriminées et leurs proches (Fraser 2018). La connaissance sur les TSAF accumulée dans la littérature scientifique et la littérature grise n'est pas encore assez diffusée dans le secteur de la justice. Par conséquent, actuellement, à l'échelle internationale, les besoins des délinquants atteints de TSAF ne sont pas suffisamment pris en compte dans le système judiciaire et les professionnels de justice ne sont pas encore équipés pour prendre en charge les délinquants atteints de TSAF (Boland, Chudley, et Grant 2002; Chapman 2008; K. McLachlan et al. 2019; Brintnell et al. 2019).

- ***Sensibiliser sans stigmatiser***

Remarquons tout d'abord que nombre de personnes atteintes de TSAF ne sont pas confrontées au système judiciaire.

Cependant, nous devons tenir compte des conséquences potentiellement néfastes de l'association de TSAF et démêlés avec la justice. Pour cela, plusieurs points de vigilance sont à rappeler ici :

- Les TSAF ne sont pas en eux-mêmes à l'origine de la délinquance, mais ce sont ses répercussions associées à des facteurs aggravants liés à la trajectoire personnelle de chaque individu qui les rendent vulnérables à différentes formes de marginalisation ;
- La délinquance n'est pas la seule voie d'entrée vers le système judiciaire : comprendre les besoins spécifiques des personnes atteintes de TSAF permettra aussi de mieux les accompagner lorsqu'ils sont témoins ou victimes.
- Enfin, les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de TSAF qui finissent par être confrontées au système judiciaire ne sont pas nécessairement propres à ces troubles.

- ***Méthodologie***

Ce rapport s'appuie sur un corpus de littérature scientifique et de littérature grise, constitué à partir d'une recherche par mot clé (en français et en anglais) sur des moteurs de recherche généralistes et sur la base de données PubMed.

Le corpus est composé de 133 documents, principalement des articles scientifiques mais aussi des rapports institutionnels, des brochures, des vidéos, des témoignages et des pages de site internet d'associations ou d'organisations gouvernementales.

Les premiers documents datent de la fin des années 1970 et concernent la définition des troubles, l'identification de leur répercutions et l'enjeu du diagnostic. La problématique du risque accru de démêlés avec la justice y est parfois mentionnée sans être investiguée en tant que telle. Les premiers travaux qui portent sur cette question à part entière datent de la fin des années 1990. Ils portent majoritairement sur le contexte nord-américain (canadien plus particulièrement) et dans une moindre mesure australien et français.

2. Rappels généraux sur les TSAF : répercussions individuelles et sociétales

Pour fournir des recommandations adéquates, il est nécessaire de rappeler la prévalence de ces troubles, la diversité de leurs conséquences et les moyens de les diagnostiquer. Les répercussions cliniques d'une alcoolisation fœtale forment un *continuum* allant de la forme complète appelée syndrome d'alcoolisation fœtale (pour des individus qui présentent, à la naissance, des troubles de croissance, des dysmorphies faciales caractéristiques et une dysfonction du système nerveux central) à des formes incomplètes se traduisant par des difficultés dans les apprentissages ou un trouble des facultés d'adaptation et des conduites sociales. Enfin, signalons qu'il existe aussi de nombreux cas d'exposition prénatale à l'alcool sans que des TSAF apparaissent. L'enjeu pour les professionnels de la justice n'est pas de connaître l'ensemble de ces répercussions cliniques ni de maîtriser les outils diagnostic. Il s'agit davantage d'être en mesure de détecter ou de suspecter un SAF ou un TCAF et d'adapter le parcours judiciaire le cas échéant ou lorsqu'un diagnostic a préalablement été posé.

2.1. Une diversité d'atteintes, qui évoluent au cours du cycle de vie

Les dommages causés par l'exposition prénatale à l'alcool se traduisent par une diversité de troubles. Les personnes concernées peuvent rencontrer des difficultés sur le plan intellectuel et scolaire ainsi qu'au niveau du langage, de la communication, de la mémoire, de l'attention, des fonctions exécutives et du comportement adaptatif. Si l'origine principale de ces difficultés est prénatale (exposition à l'alcool durant la grossesse), il existe aussi des facteurs postnataux liés à la trajectoire de l'enfant (la nutrition, la pauvreté, le tabagisme, les facteurs socio-économiques)[1]. Comme le rappellent Chartrand et Forbes-Chilibeck (2003), ces troubles ne sont donc pas simplement une question d'abus d'alcool. Il s'agit d'un problème complexe qui trouve ses racines dans les conditions sociales et économiques sous-jacentes qui influencent tous les aspects de la santé maternelle et infantile.

Pour tous les TSAF, la littérature distingue deux niveaux de troubles, avec une grande variabilité et une évolutivité au cours du cycle de vie :

- Les troubles primaires qui résultent directement de l'exposition prénatale à l'alcool et qui concernent les déficits cérébraux et les incapacités fonctionnelles qui en résultent (par exemple, de manière non exhaustive : défauts de mémoire ou de compréhension verbale, difficulté à anticiper et à s'adapter aux circonstances, difficulté à résister aux distractions, impulsivité, défaut d'empathie et de la capacité de déduction) ;
- Les troubles secondaires qui peuvent survenir après la naissance et qui sont la conséquence des troubles primaires au niveau scolaire, social et économique mais aussi judiciaire. Ainsi, les conséquences des troubles neurologiques peuvent alors se manifester plus tard et prendre la forme de problèmes de santé mentale et plus précisément de dépression, d'addiction, de comportements sexuels inappropriés, de difficulté à s'intégrer sur le marché du travail et d'incapacité à gérer son argent et ses besoins de la vie quotidienne (Conry et Fast 2010)

[1] Il semble qu'il existe un certain nombre de facteurs de risque et protecteurs qui peuvent contribuer à atténuer ou à exacerber les effets des TSAF. Parmi les facteurs de risque fréquemment observés qui peuvent contribuer à accroître le nombre d'incapacités secondaires, mentionnons un milieu de vie peu harmonieux, l'abus et la négligence ainsi que les bouleversements familiaux. Les facteurs protecteurs fréquemment observés qui peuvent réduire le nombre d'incapacités secondaires sont un milieu de vie stable et offrant un grand soutien à l'enfant et le fait pour celui-ci de ne pas être victime de violence. Le milieu de vie semble être l'un des principaux facteurs qui peut déterminer si un enfant atteint du SAF ou souffrant des EAF finit par développer des incapacités secondaires (Boland et al. 1998). De plus, LaDue *et al.* (1992) ont constaté que les personnes qui évoluent dans un foyer où la vie est bien structurée, avec des parents attentifs à leurs besoins voient l'incidence de leurs troubles réduite au minimum, sans qu'il soit possible de les empêcher de se développer ni de les supprimer totalement (LaDue, Streissguth, et Randels 1992).

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes critiques avec un risque accru de comportement problématique et d'entrée dans la toxicomanie. C'est aussi à cette période qu'apparaît le risque accru de démêlés avec la justice (Kaitlyn McLachlan, Wyper, et Pooley 2019). À l'âge adulte plus avancé, ces troubles persistent, avec une surreprésentation de personnalité antisociale chez ces sujets, mais aussi de dépendance à l'alcool, à la drogue et à la nicotine (Sokol, Delaney-Black, et Nordstrom 2003).

Pour une présentation plus détaillée, vous pouvez consulter le Guide pour les parents et les aidants sur les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale publié par l'association Vivre avec le SAF (Bourely et al. 2016) et le tableau en annexe 1.

2.2. Une incidence sous-estimée et teintée d'inégalités socio-économiques

L'incidence du SAF est mal connue, elle varie selon les critères diagnostiques utilisés et il n'existe pas de statistique nationale française précise sur la fréquence des TSAF. Les dernières données épidémiologiques officielles (Haute Autorité de Santé, fiche mémo juillet 2013) indiquent que l'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale en France serait de l'ordre de 1,3 ‰ naissances vivantes par an. Celle des TSAF dans les pays occidentaux serait de 9 ‰ naissances vivantes par an. (Bourely et al. 2016).

Cependant, l'incidence des TSAF est sous-évaluée et certains auteurs estiment qu'elle devrait être aux environs de 5 %. (Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010). Plusieurs raisons expliquent la sous-déclaration et le sous-diagnostic des TSAF parmi lesquelles la difficulté à retracer l'historique des habitudes de consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse, la peur de la stigmatisation, l'invisibilité des troubles et leur non-spécificité (pour les TCAF, plus difficiles à diagnostiquer), l'insuffisante sensibilisation des professionnels qui pourraient suspecter les troubles et enfin la diversité des pratiques de diagnostic. Le diagnostic lié à l'alcool est établi sur la base de preuves d'une exposition prénatale importante à l'alcool et d'une série de handicaps cognitifs, avec ou sans signes physiques d'exposition à l'alcool. Les déficits "fonctionnels" identifiés sont présumés refléter les problèmes neurologiques sous-jacents et sont identifiés à l'aide de tests neuropsychologiques (Fast et Conry 2009). Cependant, bien qu'il soit reconnu comme trouble clinique par la communauté scientifique et médicale, aucun instrument diagnostique internationalement reconnu n'existe encore pour le TCAF[2] (J. M. Brown et al. 2019).

L'incidence est non seulement sous-estimée mais est aussi teintée d'inégalités socio-économiques qui s'illustre notamment par l'incidence accrue des TSAF parmi les populations amérindiennes en Amérique du Nord et aborigènes en Australie (une prévalence jusqu'à dix fois supérieure selon les travaux considérés (Abkarian 1992). En France, certaines populations identifiées comme plus à risque ont été identifiées, notamment les résidents de l'Ile de la Réunion, conduisant à une dynamique de prévention à l'échelle locale. Les ressorts de ces inégalités sont liés aux habitudes de consommation d'alcool, à la précocité de la période de procréation et au manque d'information sur les risques de la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

[2] Dans un article fondateur, Clarren et Smith ont décrit les personnes présentant certaines des caractéristiques du SAF sous le terme "effets de l'alcool sur le fœtus"(S. K. Clarren et Smith 1978). Depuis cette période, la terminologie et les critères de diagnostic ont évolué et ont été affinés afin de rendre compte de la diversité des cas. La revue des outils de diagnostic permet d'en souligner la diversité et l'évolutivité : *the Institute of Medicine (IOM) descriptions* (Stratton, Howe, et Battagial 1996), *The 4-Digit Diagnostic Code* en 1997 puis actualisé en 2004 (S. Astley et Clarren 2004), the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition*) (DSM-5) (Kable et Mukherjee 2017), l'ICD-10 de l'*American Academy of Pediatrics* codes can be used for a primary diagnosis of FASD (S. Clarren et al. 2015; Centers for Disease Control and Prevention 2004) ou encore l'*Australian diagnostic criteria and categories* (Bower et al. 2018).

2.3. Des répercussions économiques difficilement mesurables

L'incidence des TSAF et ses répercussions sur les individus concernés mais aussi sur leurs proches en font un problème de santé publique, représentant un coût pour la société encore mal connu. La documentation portant sur le fardeau économique des TSAF est rare (Popova et al. 2012). Cependant, les travaux s'accordent à dire que le coût des TSAF est élevé, en termes de prise en charge, notamment pour les personnes souffrant de répercussions graves, telles que des troubles mentaux profonds (Abel et Sokol 1991; Lupton, Burd, et Harwood 2004). Au Canada, le coût associé aux TSAF était estimé à 21 642 $ par individu et par année. Le coût total par an était estimé à 5,3 milliards de dollars (Stade et al. 2009). Les modalités de calcul diffèrent selon les travaux mais on peut mentionner parmi les principaux coûts ceux relatifs à la recherche et à la prévention, au traitement, à l'aide sociale ou encore à l'application de la loi. On peut aussi distinguer les coûts directs relatifs aux soins par exemple mais aussi les coûts indirects en termes de perte de productivité par exemple (coûts de soins de santé et ceux des services en établissement et de soutien, ainsi que les coûts indirects, y compris les pertes de productivité). Popova et al. dressent pour le Canada un panorama des évaluations jusqu'à une estimation maximale de 5,4 milliards de dollars (soit 6,2 milliards de dollars rajustés pour 2009 dans l'étude de Harwood (2003).

Les démêlés avec la justice ont des implications financières. A tire d'exemple les seuls coûts annuels liés à la justice ont été estimés à 1,2 milliards de dollars par an au Canada (Thanh et Jonsson 2015). Ce chiffre est cohérent avec l'estimation maximum ci-dessus.

3. TSAF et système judiciaire : un état des lieux

Comme évoqué dans la partie précédente, les personnes ayant subi une exposition prénatale à l'alcool peuvent souffrir de troubles physiques, neurologiques et cognitifs, de problèmes de santé mentale et de difficultés sociales qui seront présents et évolueront tout au long de leur vie. Ces troubles augmentent le risque qu'elles aient des comportements à risque et/ou inadaptés et éventuellement répréhensibles par la loi (Conry et Fast 2010). Les premiers travaux ayant soumis cette hypothèse datent du début des années 1990 et portent principalement sur le contexte nord-américain.

Ces études mettent en évidence les risques accrus de démêlés avec la justice des personnes atteintes de TSAF en tant que coupables mais aussi en tant que victimes ou témoins. Les jeunes adultes semblent particulièrement concernés. Cette vulnérabilité invite à dresser un état des lieux de la prévalence des individus porteurs de TSAF au sein du système judicaire et notamment au sein des prisons et à s'interroger sur les besoins spécifiques des personnes concernées.

Cet état des lieux est important dans la mesure où, au regard de leurs troubles, le traitement juste et équitable des personnes atteintes de TSAF peut être mis en péril aux différentes étapes du processus judiciaire : depuis l'interpellation et l'interrogatoire par la police, en passant par la comparution au tribunal, et jusqu'à la décision finale (Conry et Asante 2010). Quand des personnes atteintes de TSAF font face au système de justice, c'est très souvent parce que leurs actes sont interprétés comme des comportements volontaires, prémédités, et dont le but est de manipuler les autres (Conry et Fast 2010). C'est pourquoi il est crucial de comprendre que ces comportements sont dus à une déficience cérébrale. La reconnaissance de cette déficience doit amener à questionner, pour chaque individu, sa capacité à subir un procès et à être considéré comme responsable de ses actes.

3.1. TSAF et démêlés avec la justice : des données pour cerner le problème

Dans cette partie, nous rendrons compte des données qui tentent d'établir un lien entre TSAF et démêlés avec la justice et des éléments d'interprétation qui permettent d'étayer les causes. Nous verrons également qu'à l'instar des autres personnes souffrant de troubles neurodéveloppementaux et d'autres déficiences cognitives, les personnes atteintes de TSAF présentent un risque élevé d'être victimes d'un acte criminel. Ces données invitent à mieux comprendre le comportement des personnes incriminées ou victimes pour en déduire leurs besoins.

⇨ *Les indices d'une corrélation*

Pour établir la corrélation entre TSAF et risque de démêlés avec la justice, plusieurs approches sont possibles :

- Comparer la prévalence des TSAF dans la population générale et dans la population ayant des problèmes avec la loi (être arrêté, inculpé ou incarcéré) ;
- S'intéresser au profil et aux antécédents des personnes incarcérées et mesurer combien pouvaient être concernées par les TSAF ;
- S'intéresser à la trajectoire biographique des personnes atteintes de TSAF et identifier des épisodes de démêlés avec la justice.

Ces travaux fournissent une accumulation de preuves qui suggèrent que les personnes atteintes de TSAF ont un risque élevé d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale, en tant que victimes ou délinquants, et ce de manière répétée (Boland et al. 1998 ; Boland, Chudley, et Grant 2002 ; Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003 ; Fast, Conry, et Loock 1999 ; Gagnier, Moore, et Green 2011 ; A. P. Streissguth et al. 2004 ; Popova et al. 2011). Dans le cas de la France, la corrélation reste à établir.

Ci-dessous, les principales données disponibles présentées par ordre chronologique :

- Dans une étude américaine, le nombre de personnes souffrant de TSAF incarcérées au cours de leur vie varie entre 32 et 42% (Streissguth et Kanter 1997) ;

- Dans une étude canadienne auprès de jeunes admis dans une unité d'évaluation psychiatrique médico-légale, 23 % des jeunes souffraient de TSAF (sur 287 personnes sur une période d'un an, 3 cas de SAF et 67 cas de TSAF ont été identifiés, dont 3 avaient préalablement reçu un diagnostic de SAF) (Fast, Conry, et Loock 1999) ;
- Dans une étude américaine, 60 % des adolescents et des adultes atteints de TCAF avaient déjà rencontré des problèmes avec la loi (Streissguth et al. 2004) ;
- Les jeunes atteints de TSAF (*FASD dans la publication*) ont 19 fois plus de chance de connaître un épisode d'incarcération que les autres (Popova et al. 2011) ;

On peut noter que les troubles neurodéveloppementaux et leurs troubles secondaires accroissent le risque de démêlés avec la justice (à la fois comme victime et comme personne incriminée). Les TSAF sont particulièrement concernés de par le profil neurologique et psychopathologique et surtout de par leur fréquence au sein des troubles de même nature. La causalité n'est cependant évidemment pas systématique et le repérage puis la prise en charge sont des protections contre ces risques.

Les auteurs insistent sur les limites communes de leurs travaux :

- L'incertitude sur la prévalence des TSAF dans la population générale ;
- la difficulté d'établir un diagnostic chez les adultes et, lorsqu'on y parvient, le manque de moyens d'intervention (Boland, Chudley, et Grant 2002) ;
- le risque de stigmatisation associé au lien entre TSAF et délinquance (Lynch et al. 2003). Dans cette perspective, on peut rappeler qu'une personne atteinte de troubles psychiques n'est pas plus encline aux comportements dangereux si tant est qu'elle bénéficie d'un suivi médical et d'un traitement approprié. D'autre part, ces troubles psychiatriques exposent davantage au risque de devenir victime que coupable (UNAFAM 2018).

⇨ *L'explicitation de la corrélation : des comportements à risque précoces et fréquents*

Le TSAF est associé au trouble déficitaire de l'attention, lui-même corrélé avec un risque accru de comportements délinquant/criminel (Boland et al. 1998; Oesterheld et Wilson 1997).

Plus précisément, les personnes atteintes de TSAF présentent un risque accru de développer des comportements inadaptés et à risque : consommation de drogues, dépendance à l'alcool, comportements impulsifs et violents, comportements sexuels inappropriés (Streissguth et al. 1996)[3]. L'adolescence représente un moment déterminant dans cette trajectoire, notamment lorsque les personnes ne sont plus scolarisées, disposent de temps libre et ont des journées moins structurées.

Les conséquences de ces comportements dépassent la problématique de la délinquance. Les travaux mettent en avant la diversité des issues dommageables pour les personnes elles-mêmes parmi lesquels le sans-abrisme ou le suicide (Streissguth et al. 1996).

⇨ *Une typologie de délits et une récidive qui informent sur les mécanismes en jeu*

Les crimes et délits les plus fréquemment repérés concernent les vols, les agressions sexuelles[4], la conduite en état d'ébriété, les défauts de comparution. Les personnes incriminées ont tendance à

[3] Streissguth et al. ont identifié que 49 % des personnes atteintes de TSAF (*FASD)* avaient des comportements sexuels inappropriés et 35 % avaient des problèmes d'alcool ou de drogue.

[4] Les comportements les plus fréquemment signalés sont les suivants : avances sexuelles, attouchements sexuels, promiscuité, exposition, compulsions, voyeurisme et appels téléphoniques obscènes (Streissguth et al. 1996). Ces problèmes surviennent plutôt à l'adolescence, lorsque les pulsions sexuelles s'éveillent et que le décalage entre l'âge cognitif et l'âge chronologique s'accroît (par exemple, un jeune de 18 ans qui fonctionnerait sur le plan du développement au niveau d'un enfant de 6 ans) (Fast et Conry 2009).

récidiver (LaDue, Streissguth, et Randels 1992; Streissguth et al. 1994; Chudley et al. 2005; Rasmussen et Wyper 2007; J. Brown et al. 2015).

Ces récurrences informent sur les ressorts comportementaux à prendre en compte : la difficulté à contrôler ses pulsions, une empathie inadaptée (manque ou excès), la difficulté à percevoir les conséquences de ses actes pour soi et pour les autres, les problèmes de mémoire et à la difficulté à tirer les leçons d'erreurs passées (dans un contexte de difficulté de généralisation).

⇨ *Des facteurs aggravants notamment liés au contexte familial*

Les travaux insistent sur le poids des facteurs associés notamment liés au milieu familial d'origine, entraînant des inégalités sociales considérables.

D'autres facteurs que les TSAF renforcent le risque d'être confronté à des démêlés avec la justice :

- avoir été confronté à des violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles et à un contexte familial instable ;
    - Dans l'étude canadienne de prévalence, 73,1 % des jeunes atteints de TSAF et ayant connu des démêlés avec la justice déclaraient avoir subi une forme de violence. Il y avait des antécédents criminels connus chez 22 % des mères et 48 % des pères. Au moment de la demande d'évaluation, aucun des jeunes atteints de TSAF ne vivait avec ses deux parents et la plupart étaient placés dans un autre foyer ou une institution.(Fast, Conry, et Loock 1999)
- avoir connu un stress élevé durant l'adolescence (Lynch et al. 2003) ;
- avoir été confronté à la drogue de manière précoce (Lynch et al. 2003) ;
- avoir interrompu précocement la scolarité[5] (Streissguth et al. 1994) ;
- être un homme (LaDue, Streissguth, et Randels 1992).

A contrario, les risques sont réduits lorsque les personnes bénéficient d'un diagnostic précoce (dans l'enfance), vivent dans un environnement familial stable et stimulant, n'ont pas été victimes d'abus et lorsqu'elles ont une scolarité longue. (Streissguth et al. 2004). Il est à noter qu'avoir un quotient intellectuel plus élevé ne protège pas les personnes concernées, au contraire (Streissguth et al. 1996).

⇨ *SAF vs. TCAF : des spécificités à prendre en considération*

Les enfants souffrant de TCAF ont davantage de risques d'avoir des démêlés avec la justice au cours de leur existence que les enfants atteints du SAF parce que leurs symptômes passent souvent inaperçus (Streissguth et Kanter 1997) et que, par suite, ils ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée.

De plus, les personnes atteintes de TCAF ont aussi plus de risque d'être confrontées à une sentence inadaptée dans la mesure où leur trouble risque de passer inaperçu au cours de leur trajectoire dans le système judiciaire (Boland et al. 1998).

Notons qu'en France, les formes syndromiques (SAF) sont presque aussi mal diagnostiquées que les autres.

[5]Dans l'étude pionnière de Streissguth et al. (1994), les personnes atteintes de TSAF (*FASD*) ayant interrompu l'école, avaient deux fois plus de chances d'avoir affaire à la justice. Or, dans une autre étude, les mêmes auteurs précisent que 61 % des personnes atteintes de TSAF (*FASD*) ont eu une expérience scolaire perturbée.

⇨ *En tant que victime ou témoin : une vulnérabilité accrue*

La plupart des recherches sur les liens entre TSAF et démêlés avec la justice se concentrent sur l'individu en tant que délinquant plutôt qu'en tant que témoin ou victime[6]. La littérature sur la victimisation aborde peu la question de la santé mentale et en particulier les répercussions du TSAF (Glowatzki et Stewart 2018). Pourtant, les personnes atteintes de TSAF encourent également plus de risques d'être confrontées à des expériences de victimisation, et ce dès l'enfance :

- LaDue et al. ont montré que 86 % des enfants atteints de SAF avaient été négligés, 52 % avaient été victimes de violence physique, 35 % d'agression sexuelle (étude sur 92 patients FAS ou FAE âgés de 12 à 42 ans) (LaDue, Streissguth, et Randels 1992).
- Clark et al ont constaté que 87% des personnes avaient été victimes d'une forme de violence et 77% avaient subi des abus physiques et/ou sexuels[7] (étude sur 62 adultes*)* (Clark et al. 2004).

Notons que le risque accru de maltraitance et d'abus sexuels est commun aux personnes souffrant de troubles psychiques et cognitifs (Sullivan et Knutson 2000).

Les répercussions des TSAF qui accroissent le risque de devenir victime sont les suivantes (Thiel et al. 2011; Streissguth et al. 1991):

- altération de la mémoire à court terme, déficit d'attention, de perspicacité, et de capacité de planification ;
- difficulté à penser de manière abstraite, notamment les concepts de temps et d'espace, et pour notre sujet le concept d'espace personnel ;
- difficulté à identifier des personnes et des situations dangereuses ;
- difficulté à tirer des leçons d'évènements passés ;
- dans la relation à l'autre : vulnérabilité à la manipulation, caractère facilement influençable et volonté de plaire.

Les personnes atteintes de TSAF ont un risque accru d'être victimes, mais aussi de ne pas être identifiées comme telles. Les crimes commis contre des personnes atteintes de TSAF seraient sous-estimés et sous-déclarés, dans une proportion de 25% à 50% (Thiel et al. 2011), et ce pour deux raisons principales :

- en premier lieu, de par la nature de leurs troubles, les personnes concernées peuvent considérer que l'acte dont elles ont été victime est normal, ne pas l'identifier comme un crime et considérer l'auteur comme un « ami » ;
- en second lieu, de nombreuses victimes ne signalent pas les crimes parce qu'elles éprouvent un sentiment d'impuissance, parce qu'elles dépendent de l'agresseur pour leurs soins et/ou dans leur vie quotidienne et/ou parce que leur agresseur les persuade de ne pas porter plainte ou témoigner contre lui. C'est notamment le cas pour les victimes de violence domestique et familiale.

Les témoins et les victimes atteints de TSAF font face aux mêmes difficultés de comportement adaptatif, de langage, d'attention, de raisonnement et de mémoire que les accusés qui souffrent des mêmes troubles. Nous y reviendrons dans la partie suivante, mais les témoins et les victimes atteints de TSAF devraient donc bénéficier d'une prise en charge adaptée dans la mesure où, par exemple, ils

---

[6] Des perspectives de recherche émergent au Canada, portées par la Division de la recherche et des statistiques, pour le compte du Centre de la politique concernant les victimes du ministère de la Justice. Il existe une étude sur les stratégies permettant d'améliorer le traitement octroyé aux victimes et témoins atteints de TSAF, visant notamment l'élaboration d'un manuel destiné aux professionnels (Fraser 2018).

[7] Les crimes sexuels représentent une catégorie spécifique à prendre en considération au regard de leur prévalence. Les auteurs l'expliquent par une curiosité sexuelle associée à une certaine naïveté et la sensibilité à la manipulation.

peuvent être enclins à avoir des comportements et discours jugés inadaptés ou encore ne pas comprendre l'objet ni le but du procès. Lorsqu'ils sont amenés à témoigner, cela peut entraîner des condamnations injustifiées ou une remise en cause de la crédibilité de leur témoignage en tant que victime, et par conséquent nuire à la qualité du traitement de l'affaire (J. Brown 2017 ; Fast et Conry 2009; Thiel et al. 2011). Un examen de la jurisprudence canadienne et américaine montre qu'il n'existe pas encore de stratégie pour répondre aux besoins des victimes[8] (Fraser 2018).

3.2. Comprendre le comportement des individus incriminés ou victimes

Comprendre le comportement des individus incriminés ou victimes est un premier pas vers un traitement plus équitable et efficace. Cette étape est un préalable nécessaire à l'élaboration de recommandations à destination des professionnels.

Les TSAF ont un impact différent en fonction des personnes et de leur trajectoire, notamment familiale. Aussi, une réponse individualisée aux personnes incriminées serait à la fois plus juste et plus efficace (Pei et al. 2018).

Au regard de la proximité entre TSAF et troubles neurodéveloppementaux, les professionnels du secteur judiciaire peuvent réutiliser leur connaissance de ces troubles dans le cas des TSAF.

⇨ *Intention criminelle et absence de remords*

En raison de ses déficits cognitifs et intellectuels, il se peut que la personne ignore vraiment que son acte était répréhensible, y compris dans le cadre de l'agression sexuelle (aggravé dans ce cas par la difficulté à comprendre le concept de consentement) (Verbrugge 2003).

La préméditation peut aussi être questionnée au regard de son impulsivité, de sa difficulté à se projeter dans le temps et à anticiper les conséquences de ses actes pour elle-même et pour autrui. Souvent, les personnes atteintes du TSAF commettent des crimes ou délits impulsifs qui sont illogiques pour un observateur extérieur, avec peu ou pas de preuves de remords (Douglas 2010; J. Brown et al. 2015)

Or, l'invisibilité du trouble est accrue, étant donné que ces personnes peuvent se présenter comme enfreignant délibérément les règles et violant la probation (Douglas 2010). En réalité, elles sont souvent incapables de saisir la nature de la causalité ou d'établir des liens adéquats entre leurs choix et les conséquences qui en découlent.

⇨ *Problèmes de mémoires et gestion des transitions.*

Les personnes atteintes du TSAF ont souvent des problèmes de mémoire (mémoire à court terme et trous de mémoire à long terme), notamment en ce qui concerne les dates. Cette donnée est à prendre en compte dans la mesure où la personne incriminée :

- peut ne pas se souvenir des faits. Or, ces problèmes de mémoire accroissent le risque d'affabulation, en se basant sur sa mémoire altérée ou son souhait de plaire ;
- peut être incapable de suivre la procédure et oublier de se présenter aux rendez-vous. Or, les adolescents sont fréquemment déclarés coupables pour avoir omis de comparaître devant le tribunal. (Verbrugge 2003)

Les problèmes de mémoire sont parfois associés à une difficulté à saisir la notion du temps, renforçant la difficulté à décrire des faits passés, à respecter des rendez-vous ou à se projeter dans l'avenir.

Les transitions peuvent elles aussi présenter des difficultés. Une personne atteinte de TSAF peut avoir de la difficulté à passer d'une situation à une autre ou d'un milieu à un autre. Un accusé, s'il est

[8] Le site internet du Comité sur la justice de l'Ontario recense des affaires judiciaires où la question des victimes souffrant de TCAF a été abordée http://fasdjustice.on.ca/

incarcéré, peut avoir de la difficulté à passer de sa cellule au véhicule de transport, à la cellule de détention provisoire au palais de justice et à la salle d'audience, et cela peut l'amener à être assez agité ou « perdu » au moment où il témoignera. (The FASD Justice Committee 2007)

⇨ *Des difficultés de compréhension souvent dissimulées*

Les personnes atteintes de TSAF qui ont conscience de leur déficit peuvent adopter des comportements de dissimulation, notamment dans leur langage (par exemple avec une tendance à bavarder ou à employer des mots compliqués). Pourtant, les subtilités du langage les dépassent. Les expressions idiomatiques ou sarcastiques sont susceptibles de les embrouiller (Gagnier, Moore, et Green 2011). Leur désinvolture et leur maîtrise du langage ne sont souvent qu'apparente. Elles peuvent cacher une mauvaise compréhension de la situation.

Ainsi, confronté à un interrogatoire ou à un procès, un accusé/victime/témoin peut :

- être capable de lire des documents sans les comprendre (tout en feignant de les comprendre) ;
- ne pas saisir tous les mots prononcés par un officier de police ou un juge ;
- être dirigé et manipulé par une personne qui l'interroge (sans pour autant que cette personne exerce une influence volontaire) ;
- fournir des renseignements qui sont sans rapport avec le sujet ou les circonstances, ou qui sont source de confusion (The FASD Justice Committee 2007)

Les difficultés qu'éprouvent les personnes atteintes de TSAF sur le plan de la communication et du traitement des informations peuvent avoir une incidence sur leur capacité à comprendre leurs droits, notamment l'assistance par un avocat. (Gagnier, Moore, et Green 2011). Les personnes atteintes de TSAF ont une capacité réduite à comprendre les procédures judiciaires (Kaitlyn McLachlan et al. 2014).

En général, les personnes atteintes de TSAF ont tendance à être d'accord avec les figures d'autorité lorsqu'elles ne comprennent pas les implications ou les conséquences. Cela peut également affecter la façon dont elles répondent à leurs avocats, aux officiers de police ou aux juges qui incarnent ces figures d'autorité (N. N. Brown et al. 2015).

⇨ *Affabulation, suggestibilité et faux aveux*

Les problèmes de mémoire s'accompagnent d'une tendance à l'affabulation[9], exacerbée dans un contexte de stress ou de pression. Dans le cas des personnes atteintes de TSAF, l'affabulation est renforcée par une hyper-suggestibilité. Lorsqu'on la soumet à des questions répétées, la personne incriminée peut incorporer ces suggestions à son propre récit des événements. (Fast et Conry 2009)

La tendance à l'affabulation s'accroit lorsque les professionnels de justice posent des questions suggestives, des questions fermées (oui/non), avec des réponses implicites ou qu'ils exercent une pression (J. Brown 2017). Les personnes sont sensibles aux termes minimisant et aux méthodes d'interrogatoire faussement amicales. Elles font confiance et veulent faire plaisir aux personnes qui incarnent l'autorité.

La suggestibilité et l'affabulation augmentent donc le risque de faux aveux (Roach et Bailey 2010). Fast et Conry (2009) rapportent le cas d'un jeune adulte atteint de TSAF ayant avoué un double meurtre qu'il n'avait pas pu commettre puisqu'il était incarcéré à l'époque. Les auteurs expliquent qu'il avait « répété l'histoire que la police lui avait racontée ». Ses aveux ont conduit à une incarcération durant 11 mois avant d'être écartés.

[9] L'affabulation correspond à un récit imaginaire (ou faux souvenir) inventé involontairement afin de compenser un déficit de mémoire. Elle peut être spontanée ou provoquée, par une pression ou une influence extérieure.

A l'extrême, on pourrait conclure en disant que les personnes incriminées signeraient tout et acquiesceraient à tout pour ne pas laisser transparaître la déficience de leurs compétences verbales et dans l'espoir de rentrer chez elles (The FASD Justice Committee 2007).

⇨ *Synthèse des signes d'alertes lors d'un interrogatoire ou d'une audience*

Pour conclure, les comportements suivants peuvent être des signes d'alerte, lorsque la personne :

- agit de façon inappropriée, impulsive ou sans inhibition quand on interagit avec elle ;
- semble n'avoir aucun remords ni aucune considération à l'égard des autres personnes impliquées dans l'affaire ;
- ne comprend pas la gravité de sa situation, voire fait preuve de désinvolture (Gagnier, Moore, et Green 2011) ;
- dissimule ses déficiences ;
- répond de façon inappropriée ou incohérente aux questions qui lui sont posées ;
- n'est pas capable de respecter les conventions et le caractère solennel d'une audience ou d'un interrogatoire (y compris dans une salle d'audience) ;
- agit de manière exagérément amicale ;
- se replie sur elle-même et adopte un discours de dévalorisation (« je suis trop stupide » ou « je ne sais pas »)
- devient agressive ou se met dans une colère a priori excessive (The FASD Justice Committee 2007)

L'absence de signes physiques visibles est le principal obstacle à la suspicion d'un trouble. Ainsi, l'impression d'être confronté à une personne « normale » ou « banale » ne devrait pas faire écarter la suspicion de TSAF.

3.3. Le défi d'un traitement adapté des individus incriminés

Les observations précédentes amènent à questionner la capacité des personnes atteintes de TSAF à être interrogées et à subir un procès dans les conditions habituelles. Une meilleure compréhension de leur comportement invite à réévaluer le traitement de ces personnes dans le contexte d'un démêlé avec la justice. Comme le soulignent Lamblin et al. « 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 » (Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010). L'évolution des connaissances médico-scientifiques et du jugement moral porté sur ces personnes est censée entraîner un changement du jugement pénal.

Des évolutions sont en cours en Amérique du Nord et en Océanie : les TSAF deviennent une question à examiner dans la salle d'audience (Pei et al. 2018). Nous verrons que la France accuse quant à elle un retard.

S'appuyant sur des travaux de recherche ou sur des cas de jurisprudence, plusieurs auteurs soulignent l'enjeu de s'interroger sur le principe de responsabilité lorsqu'une personne atteinte de TSAF est incriminée (Verbrugge 2003; Flannigan et al. 2018; Fast et Conry 2009; Fourmaintraux 2016).

Interroger la capacité des personnes à subir un procès et donc à se défendre est un prérequis à un jugement juste. Verbrugge dénonce la possibilité que des personnes atteintes de TSAF risquent d'être l'objet de sanctions plus sévères que ne l'exige la gravité de l'infraction présumée, notamment les adolescents qui seraient davantage soumis à des peines privatives de liberté lorsqu'ils sont atteints de TSAF (Verbrugge 2003).

La pertinence médico-légale des TSAF commence à être reconnue aux Etats-Unis, au Canada[10], en Nouvelle Zélande[11] et dans une moindre mesure en Australie[12]. Un nombre croissant de tribunaux reconnaissent qu'un délinquant ou un criminel atteint de TSAF ne doit pas être traité comme un délinquant ordinaire. Dans certains cas, les tribunaux ont statué que le TSAF était une maladie mentale et que l'accusé était inapte à subir son procès. Cependant, le diagnostic était souvent reconnu comme pertinent mais insuffisant pour faire valoir les allégations d'incapacité à subir un procès (Douds, Stevens, et Sumner 2013)[13].

Lorsqu'ils prennent en compte le diagnostic, les tribunaux l'utilisent majoritairement comme un facteur atténuant. Cependant parfois utilisé comme facteur aggravant dans la mesure où les individus étaient considérés comme d'autant plus dangereux pour la société et moins susceptibles d'être réhabilités. En l'absence de traitement curatif, l'incarcération est considérée comme nécessaire dans l'intérêt de la société (Chandler 2015; Fast et Conry 2009).

Au regard de la variabilité des répercussions des TSAF entre les individus, il conviendrait de s'interroger sur la responsabilité pour chaque individu incriminé, sans possibilité de généraliser une réponse homogène (Mela et Luther 2012). De plus, s'il existe des décisions dans lesquelles le TSAF a été considéré comme une maladie mentale, la question de savoir si le trouble avait rendu l'accusé incapable de comprendre la nature de son acte restait cependant une question de fait qui devait être tranchée en fonction des circonstances propres à chaque cas (Verbrugge 2003).

La prise en compte du QI comme critère peut avoir des effets ambivalents. Ainsi, la plupart des personnes atteintes de TSAF n'ont pas un QI compris dans la fourchette du déficit intellectuel (QI inférieur à 70), et dans ces cas, il est difficile de convaincre le tribunal que la personne n'a peut-être pas apprécié la gravité de l'infraction et de ses conséquences. Il serait donc utile d'informer que :

- Le diagnostic d'un TSAF ne signifie pas à lui seul que l'individu est inapte à subir un procès ;
- Être atteint de TSAF tout en ayant un QI dans la norme ne signifie pas non plus que l'individu est apte à subir un procès. (Fast et Conry 2009)

⇨ *Les professionnels demandent des moyens adaptés*

Les personnes atteintes de TSAF peuvent également être à nouveau victimes dans le cadre de démêlés avec la justice. Par exemple, dans la salle d'audience, le témoignage peut être une expérience

[10] Dans le contexte canadien, l'étude de Chandler (2015) s'est intéressée à l'utilisation des preuves neuroscientifiques dans le système de justice pénale à partir d'un corpus de 133 affaires entre 2008 et 2012 dans lesquelles des preuves neuroscientifiques ont été prises en compte pour évaluer la responsabilité et le risque de récidive. Le diagnostic de TSAF a été identifié comme l'un des trois types de preuves neuroscientifiques les plus souvent mentionnés (Chandler 2015).

[11] En Nouvelle-Zélande, la reconnaissance et la défense des personnes atteintes de TSAF dans le secteur de la justice se sont développées au cours de la dernière décennie. Une assistance en matière de communication avec les juges et les avocats est fournie aux personnes incriminées afin qu'elles puissent participer à leur défense (Gibbs et Sherwood 2017).

[12] En Australie, on observe que la visibilité des TSAF dans la jurisprudence est très faible. Douglas explique que, contrairement au Canada, les tribunaux australiens n'ont pas encore élaboré de jurisprudence spécifique en matière de détermination de la peine pour les cas de TSAF et qu'il semblerait plutôt que les personnes concernées soient traités dans le cadre général des « problèmes de développement » (Douglas 2010).

[13] Douds et al. (2013) ont mené une étude systématique de 108 affaires fédérales aux États-Unis avant 2011 dans lesquelles une partie ou un témoin était déclaré atteint de TSAF. Les résultats montrent que bien que tous les tribunaux aient accepté le diagnostic comme un élément pertinent, les conclusions qui en ressortaient variaient. Le diagnostic était souvent considéré comme pertinent mais insuffisant pour faire valoir les allégations d'incapacité à subir un procès. En raison des incohérences entre les tribunaux, les auteurs ont conclu qu'il existe un besoin important d'éducation et de sensibilisation aux TSAF parmi les professionnels de la justice. (Douds, Stevens, et Sumner 2013)

embarrassante voire traumatisante pour des personnes qui éprouvent des problèmes de compréhension et de mémoire. Le risque d'affabulation s'en trouve renforcé. Apparaît ici la nécessité d'un accompagnement des personnes concernées : préparation spécifique du témoignage en amont notamment (Glowatzki et Stewart 2018).

Les tribunaux qui tiennent compte des besoins spécifiques de ces personnes pâtissent du manque de coopération et de ressources du système correctionnel pour les accueillir et les traiter de manière appropriée. (Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003). Le cas échéant, les professionnels demandent plus d'informations, de formation et d'accès à des services adaptés, mais il n'y a pas encore de consensus sur la façon dont les TSAF devraient être pris en compte dans les tribunaux (Flannigan et al. 2018). La demande de moyens émerge notamment parmi les professionnels de la justice pour mineurs (Gibbs et Sherwood 2017).

Les moyens demandés concernent les modalités de prise en charge mais aussi le diagnostic. En effet, dans les cas rapportés, une complexité est relevée concernant le diagnostic de TSAF. En premier lieu, les juges soulignent que les troubles sont « faciles à ignorer » car la majorité des personnes ne présentent aucun signe physique d'atteinte (Gibbs et Sherwood 2017).

Une autre difficulté tient à l'établissement du diagnostic. En effet, le diagnostic est établi sur la base de preuves d'une exposition prénatale à l'alcool et d'une série de troubles cognitifs, avec ou sans signes physiques. Les déficits fonctionnels identifiés sont censés refléter les problèmes neurologiques sous-jacents. Les tests neuropsychologiques qui sont effectués pour établir le diagnostic sont communs aux autres cas de lésions cérébrales et visent à décrire un état neurologique sous-jacent. Or, les cours nord-américaines expriment parfois des doutes concernant l'appréciation des lésions cérébrales sous-jacentes. L'absence de marqueurs diagnostics physiques (via l'imagerie par exemple) amène certains juges à considérer que les preuves neuropsychologiques seules sont insuffisantes (Fast et Conry 2009)

Enfin, le manque de soutien approprié et d'alternative à la prison pour les délinquants atteints de TSAF n'incite guère les avocats à solliciter une évaluation diagnostic (Douglas 2010).

⇨ *Le Canada : pays précurseur dans la définition d'une politique nationale*

Dès 2003 ; le Canada s'est doté d'un *Cadre d'Action* qui visait à orienter les activités futures liées aux TSAF (ETCAF dans la publication). L'enjeu de coordination entre le secteur médical, éducatif, social et judiciaire, ainsi que le rôle des professionnels de justice et de la police et y sont maintes fois abordés :

- Concernant les professionnels de la justice : « en plus de protéger les droits des personnes touchées par l'ETCAF, les intervenants du domaine juridique peuvent sensibiliser les autres professionnels de la justice aux enjeux de l'ETCAF afin de s'assurer que la loi est appliquée de façon juste et équitable dans ces circonstances spéciales, que les réactions aux comportements fautifs sont pertinentes et qu'on mise sur le soutien communautaire pour réintégrer les victimes de l'ETCAF au sein de leurs collectivités. »
- Concernant les services correctionnels : « il s'agit de fournir la formation et le soutien nécessaires pour garantir la sécurité, les bons soins et la réadaptation des personnes affectées par l'alcool qui sont institutionnalisées, et pour contrer le phénomène d'aller-retour caractéristique du système carcéral. »
- Concernant les services policiers : « on veut déployer des efforts particuliers afin que les agents de police aient la formation et les connaissances voulues pour réagir comme il faut aux personnes qui affichent des comportements propres à l'ETCAF dans le cadre de leur travail communautaire, surtout lorsqu'il s'agit de mener des enquêtes sur les lieux; on veut aussi les aider à procéder aux bons aiguillages lorsqu'ils font affaire avec des personnes affichant les symptômes de l'ETCAF qui ont des problèmes judiciaires ou qui courent le risque de devenir victimes ou accusés. » (Agence de la santé publique du Canada 2003)

Depuis, de nombreuses initiatives ont été lancées afin d'éclairer les réponses cliniques et politiques visant à mieux traiter le problème des TSAF dans le système judiciaire. Cette dynamique s'est

notamment traduite par les résolutions de l'Association du Barreau canadien en 2013 (Canadian Bar Association), une déclaration de consensus de l'Institute of Health Economics en 2013 (Consensus statement from the Institute of Health), des efforts de réforme législative du Code pénal en 2016 (*Criminal Code*) et un appel à action spécifique dans le rapport « Truth and Reconciliation Commission of Canada » en 2015.

Un comité directeur gouvernemental sur les TSAF et l'accès à la justice (Governmental *Steering Committee on FASD and Access to Justice)*, composé de magistrats canadiens a été formé pour mieux comprendre l'impact des troubles sur les personnes impliquées dans le système judiciaire. Plusieurs recommandations ont été formulées en vue d'améliorer l'accès à la justice pour les personnes atteintes de TSAF parmi lesquelles :

- L'accroissement des possibilités d'évaluation de la santé mentale ordonnées par les tribunaux, y compris la prise en compte des TSAF ;
- La construction de programmes visant à réduire la récidive ;
- L'amélioration des pratiques de la coordination et du partage d'information ;
- L'intégration des TSAF dans les services de santé mentale médico-légaux ;
- L'élaboration de programmes de formation pour les professionnels de la justice ;
- Le développement de la recherche sur la prévalence, le dépistage et la justice réparatrice.

La suite de notre rapport sera consacrée à la formulation de recommandations pour le cas français qui s'appuieront sur les apports des travaux canadiens.

Cette dynamique semble porter ses fruits avec des changements de pratique sur le terrain. Fourmaintraux relate les avancées canadiennes en matière de traitement des personnes incriminées :

> « Dans certains Etats du Canada, à la demande de la défense ou des enquêteurs, le sujet interpellé ou mis en examen peut être présenté à un « FASD Center ». Les documents médicaux fournis par ceux-ci, prouvant les TCAF, permettent au tribunal, selon l'article 718.2(e) du Code criminel, de chercher une alternative à la prison si celle-ci ne permet pas à l'inculpé de s'amender et même peut le rendre pire. Il peut déjudiciariser l'affaire et orienter le prévenu vers des « tribunaux administratifs spécialisés » qui jugent les individus ayant besoin de services sociaux et de services de santé mentale. (…) Le tribunal peut aussi condamner le prévenu à des peines avec sursis ou à des peines substitutives. Si, pour des raisons de sécurité publique, le condamné doit être emprisonné, celui-ci doit être détenu dans une unité « sécuritaire » où les activités des contrevenants sont suivies afin de prévenir la manipulation et la violence de la part des autres détenus, ce que les personnes atteintes de TCAF subissent souvent. Dans tous les cas, les sujets dont les TCAF ont été découverts au cours ou au décours d'une affaire judiciaire sont confiés à des équipes médicales compétentes. » (Fourmaintraux 2016)

⇨ *Un retard français dans le traitement judiciaire des TSAF*

Concernant le contexte français, aucune recherche originale sur le traitement judiciaire des personnes atteintes de TSAF n'a été recensée. On peut cependant citer la réflexion menée par Lamblin, Maillard et Fourmaintraux. Les auteurs exposent qu'à leur 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. » (Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010). Plus loin, ils concluent sur le retard français : « En résumé, actuellement, l'institution judiciaire, en matière de fœtopathie alcoolique, fait d'une infirmité un crime. ».

Leurs observations les invitent à recommander un dépistage de TSAF lors des procédures pénales, une adaptation des sanctions et une adaptation des conditions d'emprisonnement le cas échéant. Nous reviendrons dans la dernière partie de ce rapport sur les recommandations.

Ce retard français peut être expliqué par deux principaux facteurs :

- Contrairement aux pays anglo-saxons cités plus haut, la France n'a pris conscience que récemment du besoin de programme dédié aux conséquences de l'alcoolisation fœtale qui pour l'heure sont essentiellement tournés vers la prévention de l'exposition et néglige très largement la prise en charge des personnes affectées de TSAF[14] ;
- Le traitement judiciaire des malades psychiques en général. L'UNAFAM rappelle que « les actes de violence qu'une personne malade psychique commet font souvent suite à une crise due à une rupture de traitement. Toutefois, même si ces actes répréhensibles apparaissent comme le résultat d'une *atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes*, telle que définie par l'article 122.1, alinéa 1 du Code pénal, les tribunaux tendent à reconnaître de moins en moins cette abolition du discernement qui devrait les orienter vers la prescription de soins psychiatriques et non de peines de prison. [Les tribunaux] préfèrent considérer que la personne a simplement subi *une altération de son discernement ou une entrave au contrôle de ses actes* (Article 122-1 alinéa 2 du code pénal), ce qui la fait demeurer *punissable* (article 122-1, alinéa 2) ». Selon l'association, « cette évolution s'explique pour partie par la convergence entre la préoccupation croissante des pouvoirs publics et de la société vis-à-vis des risques de récidive et une évolution de la doctrine psychiatrique majoritaire pour qui un malade psychiatrique conserverait, même en période de troubles graves, une humanité dont l'une des composantes est la responsabilité » (UNAFAM 2018).

⇨ *Une dynamique à la Réunion axée sur la formation des professionnels de la justice des mineurs*

A la Réunion, l'incidence des TSAF conduit à une dynamique locale inédite à l'échelle de la France. Dès 1996, sous l'impulsion du CAMSP Sud de la Réunion, la prévention des troubles causés par l'alcoolisation fœtale est inscrite comme une priorité Régionale de Santé dans le cadre du programme Régional de Santé (PRS). Différentes actions de prévention sont développées et coordonnées par la DRASS : campagnes télévisées grand public et sensibilisation des professionnels de santé (Lamblin 2010).

En 2018, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de La Réunion a signé une convention avec le centre ressources dédié à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale[15]. En signant cette convention la PJJ de La Réunion s'engageait à former son personnel et à réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des jeunes sous main de justice porteurs de TSAF. Dans ce cadre, des professionnels de la justice des mineurs de la Réunion bénéficient de formation concernant les troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

[14] Le collectif SAFFRANCE a proposé un plan d'action national 2010/2020 en huit objectifs prioritaires depuis la facilitation du dépistage jusqu'à l'amélioration de la visibilité des troubles. L'enjeu d'une coordination autour des professionnels de la justice est mentionné à plusieurs reprises (Lamblin 2010).

[15] Un article détaillé est disponible sur le site du Ministère de la Justice, à l'adresse suivante : http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/syndrome-dalcoolisation-foetale-la-pjj-de-la-reunion-sengage-31774.html

4. Les pistes d'actions et recommandations

La littérature scientifique s'accorde sur la priorité de la prévention primaire des TSAF. Cependant, au vu de l'état des lieux dressé dans la partie précédente, il apparaît aussi essentiel d'intervenir pour réduire les problèmes rencontrés par ceux qui n'ont pas échappé aux effets de l'alcoolisation prénatale. La prévalence élevée des TSAF chez les personnes condamnées à une peine de détention, et en particulier chez les jeunes, souligne la nécessité d'apporter des réponses politiques et pratiques. De plus, le système de justice pénale est l'un des secteurs où l'on peut envisager d'intervenir auprès des adultes atteints de TSAF, à la fois pour identifier les personnes qui ne bénéficient pas encore d'un diagnostic et à la fois pour mettre en place un parcours adapté et une prise en charge médicale et sociale sur le long terme en vue d'une réhabilitation. On peut aussi envisager des interventions thérapeutiques pendant la détention et après la libération. Il s'agit enfin de s'assurer que le personnel de la justice soit suffisamment qualifié pour travailler avec des personnes présentant un handicap d'origine neuro-développementale importante.

Les répercussions des TSAF peuvent affecter tous les aspects du parcours judiciaire. Nous avons notamment évoqué l'aptitude à témoigner et à subir un procès. Se pose également la question de l'aptitude à subir une peine de prison, qui, nous le verrons, peut être un lieu de re-victimisation pour ces personnes (Freckelton 2016). Un des critères d'équité et d'efficacité d'un parcours judiciaire pour un délinquant repose sur l'évaluation des facteurs criminogènes, le caractère approprié de la sentence et l'évaluation des risques de récidive, il est donc important de cibler cette sous-population pour répondre à ses besoins spécifiques (Boland, Chudley, et Grant 2002).

Notre première recommandation consiste à améliorer la sensibilisation et la formation des professionnels de la justice et de la police[16], afin de répondre au défi de repérer les personnes (deuxième recommandation). Une fois cette étape franchie, les défis suivants sont d'adapter leur parcours judiciaire : depuis l'établissement des faits (troisième recommandation), en passant par la sanction et l'accompagnement (quatrième recommandation) et jusqu'aux mesures de réinsertion (cinquième recommandation). Notre hypothèse est qu'un parcours davantage adapté serait non seulement plus juste mais aussi plus efficace dans la mesure où il améliorerait les chances de réhabilitation.

4.1. Recommandation 1 : Informer les professionnels et former des référents

Le premier défi pour les professionnels de police et de justice est d'être conscients de la possibilité de TSAF, avant même d'examiner si une orientation vers un diagnostic devrait être recommandée (Douglas et al. 2012). Cependant, nous verrons ci-dessous que le niveau de sensibilisation des professionnels est inégal et que ces derniers manquent de ressources pour agir.

⇨ *Une demande exprimée par les professionnels de terrain*

Plusieurs chercheurs ont évalué la sensibilisation des acteurs de la justice et de la police aux TSAF, et les conséquences sur leurs pratiques professionnelles (Flannigan et al. 2018). Les premières enquêtes ont montré qu'ils connaissaient le profil caractéristique des personnes atteintes de TSAF mais qu'ils ignoraient souvent que ce profil correspondait à une pathologie identifiée (Streissguth 1997). Par suite, ils en ignoraient l'origine et les risques associés, notamment en termes de comportement et de démêlés avec la justice.

Depuis, les travaux nord-américains et australiens indiquent que les professionnels de ces pays connaissent majoritairement les TSAF mais que leurs connaissances restent sommaires et insuffisantes

[16] Dans nos recommandations, nous utiliserons souvent la catégorie générique de professionnels de la police car elle est utilisée dans les travaux nord-américain dont sont issus la plupart des travaux mobilisés. Dans le contexte français, les recommandations s'adressent non seulement aux policiers mais aussi aux gendarmes.

pour la pratique[17]. L'enquête la plus solide et récente a été réalisée en Australie auprès de 427 professionnels de police et de la justice, dont 85% déclaraient avoir entendu parler des TSAF. Il est à noter qu'ils avaient plus souvent entendu parler du SAF que des TCAF (Mutch, Watkins, et Jones 2013). Cette sensibilisation n'est pas réalisée dans le cadre de formations officielles mais plus tard au cours de la pratique, par les médias ou les confrères[18].

Les professionnels s'accordent sur leur besoin de formation, de directives pour la pratique et de relais organisationnels pour savoir à qui faire appel lorsqu'un TSAF est suspecté (Cox, Clairmont, et Cox 2008; Douglas et al. 2012; Mutch, Watkins, et Jones 2013). Le besoin d'information est davantage exprimé par les professionnels de justice que par les professionnels de police. Le cas échéant, les professionnels expliquent qu'une meilleure connaissance des TSAF les aiderait dans leur travail.

Étant donné que nombre de personnes n'ont pas de traits physiques distinctifs, il sera souvent impossible pour les juges de reconnaître un accusé atteint de TSAF depuis le banc, si tant est que cette tâche leur incombe. Il est donc important que les avocats, qui ont généralement plus de contacts, connaissent bien les TSAF et leurs effets (Douglas 2010). Les experts psychiatres et psychologues exerçant auprès des tribunaux sont également concernés par cette recommandation dans la mesure où ils ne sont globalement pas avertis de cette pathologie (Fourmaintraux 2016).

⇨ *Fonder l'information sur les ressources existantes*

Une politique de sensibilisation pourrait s'appuyer sur l'existant. Au Canada, un corpus de documents à destination des professionnels du secteur juridique et policier regroupe notamment :

- un répertoire des services d'information et de soutien (Boland, Chudley, et Grant 2002)
- un guide pratique et un dépliant synthétique à destination des officiers de police (Chudley et al. 2005)
- un guide pratique à destination des professionnels de la justice (FASD Network of Saskatchewan 2016)

Les références précises de ces documents sont mentionnées en bibliographie et leur contenu a été mobilisé pour bâtir les recommandations qui suivent.

---

[17] Concernant les professionnels de justice, Cox et al. (2008) ont interrogé un groupe de 39 juges et de procureurs au Canada : 75 % d'entre eux déclaraient avoir rencontré des personnes atteintes de TSAF mais seuls 40 % des juges et 26 % des procureurs se sentaient capables de prendre en charge une personne atteinte de TSAF. Par exemple, seuls 8 % savaient où adresser une personne pour obtenir un diagnostic de TSAF, et seulement 3 % savaient où adresser une personne pour une prise en charge médicale en cas de diagnostic avéré. Leurs attentes concernaient : une meilleure information avec des résultats des travaux de recherche, un meilleur accès au diagnostic et des directives pour leur pratique professionnelle (Cox, Clairmont, et Cox 2008).

Des résultats similaires ont été observés en Australie par Douglas et al. dans une enquête auprès de 49 magistrats : 80 % avaient entendu parler de TSAF mais seuls 18 % avaient déjà demandé une évaluation diagnostic pour confirmer un TSAF. En grande majorité, ils demandaient des informations, des lignes directrices pour prendre en charge les individus et les orienter vers un diagnostic ou un traitement et un accès à une liste d'experts. (Douglas et al. 2012)

Concernant les professionnels de police une enquête auprès de 34 policiers au Canada montre que ces derniers connaissent quasiment tous les TSAF (97 %), tout en exprimant eux aussi le souhait d'être formés (Stewart et Glowatski 2014).

[18] Les professionnels de justice et de police ont majoritairement entendu parler des TSAF dans les médias et dans une moindre mesure par leurs collègues ou un rapport judiciaire (Mutch, Watkins, et Jones 2013, étude auprès de 427 professionnels de la justice et de la police). Dans une étude antérieure auprès de 49 magistrats en Australie, Douglas et al. (2012) montraient que si 80 % avaient entendu parler de TSAF, aucun ne se souvenait avoir abordé ce thème à l'université. Ils avaient été informés par les médias (45%), par un confrère (26%), lors d'une conférence (21%) ou encore par un client (16%).

Pour les policiers, la connaissance des TSAF ne provient pas non plus de formations officielles mais d'expérience dans le cadre de leur profession ou dans leur vie personnelle (Stewart et Glowatski 2014).

En France, l'association Vivre avec le SAF a ouvert la voie en publiant un dépliant de sensibilisation à destination des professionnels de police et de la justice intitulé « Les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale : les clés pour se comprendre et communiquer » (Vivre avec le SAF, juillet 2016).

⇨ *La formation de « référents TSAF »*

Au-delà de la sensibilisation, on pourrait envisager des programmes plus approfondis de formation, s'adressant par exemple de manière ciblée à certains professionnels au sein de chaque institution qui deviendraient des référents auxquels leurs confrères pourraient s'adresser. En effet, l'état des lieux de la sensibilisation des professionnels montre que les difficultés des professionnels se situent surtout dans leur méconnaissance des ressources existantes pour agir.

Plusieurs auteurs proposent de nommer des référents qui seraient experts de la question des TSAF au sein des institutions et notamment de chaque établissement pénitentiaire (Boland et al. 1998; Streissguth 1997).

Les programmes de formation pourraient s'adresser à ces référents TSAF ou à l'ensemble des professionnels de la justice et de la police. La formation viserait quatre objectifs principaux :

- Comprendre l'origine et les conséquences des TSAF :
  - Reconnaître que ce sont des lésions cérébrales qui causent les comportements dysfonctionnels de la personne atteinte TSAF ;
  - Reconnaître que, malgré les efforts qu'elle fait, la personne atteinte de TSAF n'est souvent pas en mesure de répondre aux attentes qui correspondent à son âge et qu'elle ne fait pas exprès de mal se comporter :
- Comprendre les besoins qui en découlent, afin d'être en mesure d'adapter leur approche lorsqu'ils travaillent avec une personne atteinte de TSAF en tant que victime, témoin et/ou, délinquant ;
- Savoir reconnaître les signes permettant de suspecter un TSAF, afin d'orienter vers une évaluation ;
- Connaître les relais d'accompagnement existants afin d'orienter les personnes incriminées et leurs proches.

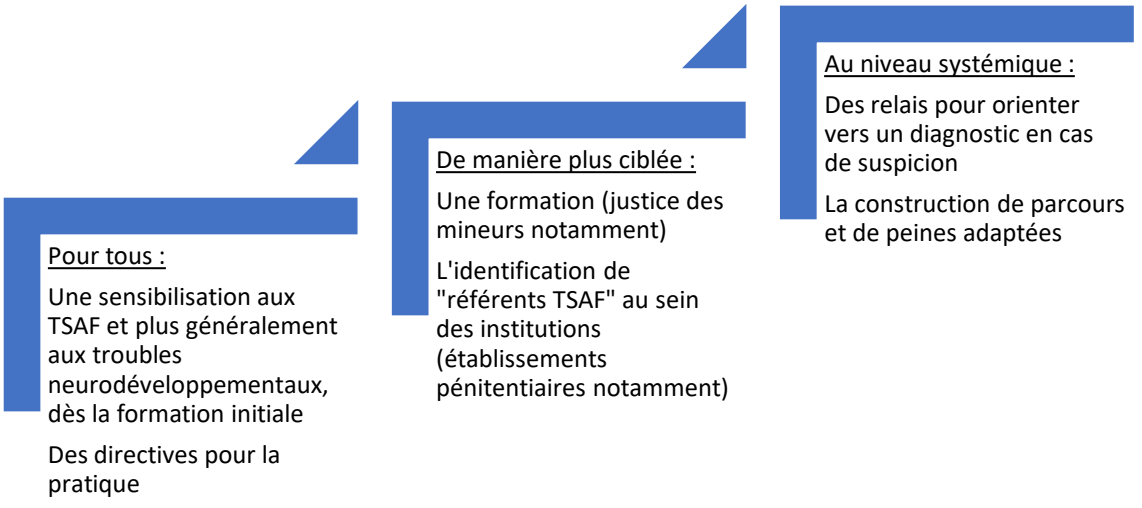
Ces objectifs rejoignent la préconisation du ministère de la Justice canadien qui préconise un « recadrage » des comportements des professionnels afin de changer la manière dont ils appréhendent les personnes atteintes de TSAF (The FASD Justice Committee 2007).

En France, la mise en œuvre de cette recommandation pourrait s'appuyer sur les initiatives à la Réunion où des formations existent déjà (Lamblin 2010; Abat 2018), avec notamment la journée de formation des professionnels de la justice des mineurs proposée au CHU de Saint-Paul et centrée sur le repérage des signes et l'acquisition de réflexes tels que l'investigation auprès de la famille.

Pour conclure, les travaux existants décrivent un système encore inadapté à la prise en charge judiciaire des personnes atteintes de TSAF, en premier lieu à cause d'un manque de sensibilisation et de formation des acteurs. Cette sensibilisation n'est qu'une étape dans le cadre d'un changement systémique souhaité par les professionnels eux-mêmes et qui passerait également, on le verra, par l'accès facilité aux évaluations de diagnostic, mais aussi par l'intégration de services ou de programmes appropriés au sein des institution pénitentiaires (Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003; Cox, Clairmont, et Cox 2008). En effet, les professionnels reconnaissent la pertinence de mesures de substitution à l'emprisonnement ou de déjudiciarisation pour les personnes atteintes de TSAF (Mutch, Watkins, et Jones 2013)[19] et la première étape de cette adaptation est le repérage de ces personnes.

[19] Dans une enquête auprès de 427 professionnels de justice et de police en Australie, 92% des avocats et 100% des policiers déclaraient que les personnes atteintes de TSAF tireraient profit de mesures de substitution ou de déjudiciarisation (Mutch, Watkins, et Jones 2013).

Le schéma ci-dessous synthétise les leviers identifiés par les professionnels eux-mêmes, qui vont au-delà d'un niveau élémentaire de sensibilisation aux TSAF :



4.2. Recommandation 2 : Repérer et orienter vers un diagnostic

L'enjeu de l'identification des personnes atteintes de TSAF au sein du système judiciaire est double :

- Lorsqu'un diagnostic est posé, il s'agit de pouvoir tenir compte des incapacités primaires et secondaires associées aux TSAF au cours de toutes les étapes de la procédure ;
- En l'absence de diagnostic préalable, l'entrée dans le système judiciaire représente une « opportunité » pour repérer des signes ou un parcours évocateur. En effet, les premiers travaux sur les TSAF ont mis en lumière plusieurs facteurs qui améliorent le sort des personnes concernées (y compris qui réduisent le risque de démêlés avec la justice), au premier rang desquels le fait de bénéficier d'un diagnostic précoce (Currie et al. 2016).

  L'idéal serait donc d'intervenir le plus tôt possible – au niveau de la justice des mineurs - car les jeunes atteints de TSAF ont des démêlés avec la justice plus précocement que les autres[20] (J. Brown et al. 2015).

  Le dépistage des adultes atteints de TSAF est la première étape à franchir pour évaluer leurs besoins et, in fine, construire un parcours adapté et réduisant le risque de récidive. A contrario, l'absence de diagnostic peut entraîner une interprétation erronée du comportement des personnes incriminées et par suite un traitement inapproprié au cours de la procédure judiciaire et de l'emprisonnement. Ce risque semble accru pour les personnes atteintes de TCAF qui ont moins des manifestations moins visibles que les personnes atteintes de SAF (Streissguth, 1997). Rappelons qu'en France, les formes syndromiques (SAF) sont également insuffisamment diagnostiquées.

⇨ *Détecter pour diagnostiquer*

La littérature scientifique identifie donc le diagnostic précoce comme l'action prioritaire à mener pour réduire les conséquences des TSAF. En effet, afin de répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, la première étape est de les identifier (Conry et Asante 2010).

[20] 95% des personnes atteintes de TSAF qui ont des démêlés avec la justice commettent leur premier délit avant 20 ans. En l'absence de détection et d'intervention précoces, les risques de récidives s'accroissent. (J. Brown et al. 2015)

L'enjeu pourrait alors être de veiller que la suspicion de TSAF puisse donner lieu à une évaluation par un professionnel de la santé mentale ou un expert médico-légal qualifié (J. Brown 2017). Cependant, si l'enjeu de la détection par les professionnels de police et de justice est d'orienter vers un diagnostic, cette étape n'est pas une fin en soi, à l'échelle du parcours judiciaire : une fois qu'un diagnostic de TSAF aura été posé par un médecin, la personne concernée aura besoin de soins et d'un suivi personnalisé, à l'intérieur du système judiciaire et en dehors (Conry et Fast 2010).

Ainsi, pour les professionnels de police et de justice, au-delà du diagnostic lui-même, l'enjeu est d'étiqueter des difficultés précises en termes de capacité d'apprentissage ou d'attention qui permettent d'identifier des besoins et de bâtir un parcours adapté. Par souci d'efficacité et d'équité, ce parcours pourrait être en partie commun aux troubles neurodéveloppementaux d'autres causes (génétique, périnatale ou indéterminée), dans la mesure où les personnes qui entrent dans un processus de diagnostic de TSAF correspondent souvent aux critères de diagnostic d'autres troubles tels que le Trouble du Déficit de l'Attention avec/ou sans Hyperactivité (TDAH) (LaDue, Streissguth et Randals, 1992).

Par conséquent, les recommandations suivantes n'aborderont pas le diagnostic en lui-même, qui ne peut d'ailleurs pas avoir lieu dans un commissariat ou une salle d'audience. L'enjeu est de fournir aux professionnels les clés pour repérer des signes évocateurs puis orienter vers un diagnostic. En effet, étant donné la surreprésentation des personnes atteintes de TSAF dans le système judiciaire, en particulier chez les jeunes, l'enjeu primordial est de développer des outils de repérage.

⇨ *Lever les freins à la détection des TSAF par les professionnels de police et de justice*

Les difficultés de détection sont accrues par :

- la discrétion des TSAF, notamment lorsqu'il n'y a pas de manifestation physique évidente ni de confirmation de la consommation d'alcool prénatale par la mère. Boland et al. (1998) expliquent que les professionnels de justice reconnaissent les handicaps visibles mais pas les TSAF car les personnes concernées ont tendance à se « fondre dans la masse ». Pour rappel, les TSAF regroupent une diversité d'atteintes allant d'un handicap visible facilement identifiable à des conséquences qui passent inaperçues. Les difficultés à repérer les TCAF s'accroissent à l'âge adulte (Conry et Fast 2010) ;
- la difficulté à trouver des sources familiales fiables pour confirmer une exposition prénatale à l'alcool (Conry et Fast 2010)
- les comportements de dissimulation des personnes incriminées et leur tendance à l'affabulation (J. Brown 2017)
- la méconnaissance ou les difficultés d'accès à des professionnels capables de poser un diagnostic. Emerge, notamment de la part des juges, la demande d'avoir une liste d'experts pouvant établir un diagnostic et les informer sur les besoins spéciaux à prendre en considération (Douglas et al. 2012). Ainsi, nombre de professionnels expliquent avoir déjà soupçonné un TSAF mais ces soupçons ne donnent pas lieu à une orientation vers une évaluation faute de moyens (Mutch, Watkins, et Jones 2013; Fourmaintraux 2016)[21].

⇨ *A l'affût des signes : les outils pour repérer un TSAF dans le contexte judiciaire*

Compte tenu de la prévalence élevée des TSAF au sein de la population ayant des démêlés avec la justice, plusieurs auteurs développent l'idée d'un dépistage systématique des TSAF, dans les institutions pénitentiaires notamment (Bower et al. 2018; Boulding 2001). Cette détection en routine

[21] En France, à la suite de ses interventions auprès de juges ou des procureurs Fourmaintraux (2016) explique que plusieurs d'entre eux se sont posé la question d'une éventuelle alcoolisation fœtale pour quelques inculpés mais qu'ils n'avaient pas trouvé les experts compétents.

mobiliserait des moyens techniques et humains considérables. En Amérique du Nord et en Australie, plusieurs expérimentations auprès de détenus ont eu lieu (Pei et al. 2018), les évaluations sont insuffisantes pour en attester l'efficacité.

Nous recommandons plutôt une posture informée et alerte des professionnels de police et de justice pour qu'ils soient à l'affût des signes évocateurs.

Dans cette perspective, la littérature propose une multitude d'outils de diagnostic (qu'on ne présentera pas ici dans la mesure où ils sont destinés à des professionnels médicaux et paramédicaux) mais aussi de dépistage (souvent des checklists), qui quant-à-eux peuvent être utiles aux professionnels de justice et de police.

L'enjeu est de développer des outils relativement faciles et rapides pour les professionnels, au minimum sensibles (ie. qui soient assez ouverts pour ne pas manquer un individu) et idéalement spécifiques (ie. qui soient assez ciblés pour éviter les suspicions à tort). En dehors du cadre médical, la spécificité apparaît comme un objectif trop ambitieux. En effet, les outils existants ne distinguent pas bien les spécificités des TSAF par rapport à d'autres causes de trouble du neurodéveloppement ou du comportement. Par conséquent, les outils existants doivent être utilisés comme des indicateurs mais surtout pas comme support au diagnostic médical (Conry et Asante 2010).

En France, il existe une recommandation sur le repérage des TSAF à l'attention des professionnels médicaux et sociaux (HAS 2013). Mais les mesures sont largement orientées vers la prévention en amont (ex : repérage de la consommation d'alcool chez une femme enceinte et repérage des nouveau-nés et des enfants ayant des troubles liés à l'alcoolisation fœtale) plutôt que vers la prise en charge en aval.

Les paragraphes qui suivent proposent ainsi une traduction de checklists nord-américaines ou australiennes visant à favoriser le repérage des TSAF par les professionnels de police et de la justice.

- ***L'évaluation médico-légale des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (The FASD Justice Committee 2007)***

Le comportement lors de l'infraction	Le comportement lors de l'arrestation	Antécédents judiciaires
• Des actes impulsifs et illogiques comportant un risque élevé de se faire prendre • Un plan d'infraction « simple » (axé seulement sur l'objectif) • Stratégie de sortie faible • Réaction agressive exagérée par rapport aux événements imprévus (« lutte ou fuite ») • Des codéfendeurs plus avertis/expérimentés	• Renonce immédiatement ou facilement à ses droits • Confesse des choses qu'il n'a pas faites (influencé par les suggestions) • Se vante de ses prouesses ou accepte toute la responsabilité s'il y a des codéfendeurs • Détachement émotionnel du crime (peu de remords ou de sentiment de culpabilité) • Régression comportementale (éclate en sanglots, comportement infantile)	• Facilement influençable par des pairs plus avertis • Plusieurs infractions mineures à l'adolescence, souvent avec des codéfendeurs • Beaucoup de vols • Infractions illogiques (p. ex. voler des objets de faible valeur) • Insouciance face au risque • Délits d'impulsion et opportunistes • Violations des conditions de probation

- ***Une checklist à destination des agents de probation (Conry et Asante 2010)***

L'outil (texte intégral en Annexe 2) propose une série d'items dont l'accumulation permet de suspecter un TSAF et devrait inciter à orienter vers un diagnostic médical. Les items sont regroupés en deux catégories : facteurs sociaux et environnementaux puis facteurs personnels.

Modalités d'utilisation de la checklist

- Durée approximative pour compléter : 15 minutes (si celui qui fait le dépistage connaît déjà l'individu).
- Recueil des informations : via des documents (compte-rendu et rapports médicaux, sociaux ou scolaires) ou une source fiable directe (membres de la famille proche, travailleurs sociaux). L'information provenant de l'individu lui-même peut être utile mais doit être corroborée par une autre source.
- L'individu devrait être orienté vers une évaluation de diagnostic dès lors qu'il remplit :
  - un critère social ET au moins deux critères personnels
  - OU
  - aucun critère social ET au moins 3 critères personnels.

Critères sociaux (ils permettent d'identifier des jeunes à risque de TSAF)

- a été adopté
- a été accueilli (ou est accueilli) dans une famille d'accueil, un foyer ou a été concerné par des mesures au titre de la protection de l'enfance
- a un frère ou une sœur avec un diagnostic de TSAF
- un professionnel a déjà attesté d'une suspicion de TSAF
- la mère biologique a un passé avéré d'alcoolisme ou d'alcoolisation pendant la grossesse (étant entendu que cette information étant sensible et difficile à obtenir, les sources à privilégier sont : la mère biologique, le médecin de famille/médecin traitant, les grands-parents maternels, les oncles et tantes maternels)

Critères personnels (ils permettent de suspecter un TSAF mais ne sont pas des facteurs spécifiques/propres au TSAF) :

- retard de développement dans la petite enfance (ayant nécessité une thérapie comportementale ou d'un suivi en ergothérapie, en orthophonie par exemple)
- difficultés d'apprentissage (ayant nécessité un programme adapté, une assistance à l'apprentissage ou entraîné un échec scolaire par exemple)
- retard de croissance (petite taille ou petit poids en comparaison d'individus d'âge semblable)
- diagnostic d'un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- diagnostic d'une maladie mentale telle que l'anxiété, la dépression, un trouble du comportement, trouble oppositionnel avec provocation (TOP), trouble réactionnel de l'attachement.

Synthèse des indicateurs permettant de suspecter un TSAF (J. Brown et al. 2015)
- Diagnostics de troubles de la santé mentale chez l'enfant (par exemple, Trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité (TDAH), trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation (TOP), trouble réactionnel de l'attachement…) - Problèmes médicaux multiples et inexpliqués - Échecs répétés des approches thérapeutiques - Problèmes de sommeil - Affabulation - Facilement influençable par les autres - Capacités d'apprentissage déficientes - Difficulté à tirer des leçons des erreurs passées - Troubles de la mémoire - Comportement rigide - Manque de perspicacité - Déficit des capacités d'adaptation - Mauvaise gestion des pulsions - Mauvaise gestion de la colère - Comportements sexuellement inappropriés - Violations des frontières sociales - Passé d'adoption - Parcours dans l'enseignement/éducation spécialisé(e) - Sans-abrisme chronique - Incapacité à conserver un emploi - Relations sociales instables - Difficultés à gérer l'argent - Passé de prostitution - Problèmes de toxicomanie - Démêlés avec la justice répétés - Non-respect des mises à l'épreuve et des conditions de libération

- ***La checklist ALARM, à destination des avocats et officiers de police (Conry et Fast 2010)***

L'acronyme ALARM signifie « *Adaptive functioning, Language, Attention, Reasoning and Memory* », en référence aux capacités touchées par les TSAF.

A - Adaptation du comportement

- N'a pas acquis les compétences personnelles et sociales correspondantes à son âge ni à son milieu socioculturel
- Ne maîtrise pas les compétences liées à l'autonomie et à la gestion des relations interpersonnelles dans sa vie personnelle et professionnelle

L - Language

- Décalage entre un niveau de langage qui peut sembler élevé et un niveau de compréhension bas
- Difficultés à mener une conversation et à comprendre des instructions

A - Attention

- Trouble déficitaire de l'attention - incapacité à se concentrer pendant de longues périodes
- Très impulsif avec peu de contrôles de soi
- Nb: si une personne souffre de TDAH, cela ne signifie pas pour autant qu'elle est atteinte de TSAF

R - Raisonnement

- Incapacité à relier les actions à leurs conséquences ou à réagir de manière appropriée
- Absence d'empathie et difficulté à percevoir les conséquences de ses actes pour l'autre

M - Mémoire

- Problèmes de mémoire à court terme et de mémoIre de travail
- Affabulation

En conclusion, ces trois checklists définissent à la fois des facteurs qui ont trait à l'histoire de vie des personnes incriminées (parcours familial, scolaire et professionnel) et des traits comportementaux communs, en particulier le risque d'affabulation et les problèmes de mémoire et quelques traits physiques non subjectifs (la taille par exemple). Ces dernières caractéristiques sont intéressantes à repérer dans le cadre d'une procédure judiciaire dans la mesure où elles ont un impact sur la manière dont les professionnels pourront établir les faits auprès d'une personne atteinte de TSAF. C'est l'objet de la recommandation suivante.

Notons également que même si le professionnel compétent ne conclue pas à un TSAF à partir de ce type de check-list, il y a une forte probabilité pour qu'il identifie quand même un trouble neurodéveloppemental qui sera à prendre en compte pour les incapacités qu'il génère dans le traitement judiciaire de la personne incriminée.

4.3. Recommandation 3 : Etablir les faits

Cette recommandation s'adresse à tous les professionnels qui seront amenés à interroger une personne souffrant de TSAF, et donc notamment les officiers de police ou de gendarmerie, les juges et les avocats.

L'étape de l'interrogatoire est particulièrement sensible dans la mesure où ce sont à la fois l'efficacité de la procédure et les droits fondamentaux des personnes atteintes de TSAF qui peuvent être mis en péril, tant lorsqu'elles sont accusées, témoins que victimes (Thiel et al. 2011; Fraser 2018). Il est donc nécessaire de rappeler les principales incidences des TSAF pour définir la stratégie d'interrogatoire qui permettra d'obtenir des renseignements pertinents et de manière éthique :

- le décalage entre l'âge biologique et les compétences sociales et cognitives des personnes (Streissguth et Randels 1988) ;
- L'altération de la mémoire et des capacités de compréhension, d'expression et de raisonnement (les faits ne seront pas toujours relatés avec précision ni dans un ordre logique et les droits et devoirs ne seront pas toujours connus ni compris) ;
- La suggestibilité des personnes (la formulation des questions influencera les réponses) ;
- La tendance à l'acquiescement pour « faire plaisir » à leur interlocuteur et espérer rentrer plus vite chez elles.

Ainsi, mener un entretien ou prendre la déposition d'une personne atteinte de TSAF peut être un processus frustrant et éprouvant pour le professionnel qui devra faire preuve de patience et de compréhension.

Plusieurs leviers peuvent être envisagés pour faciliter ce processus :

- Mener l'interrogatoire le plus tôt possible, avant que la personne n'ait oublié les faits ;
- Accepter que la personne ne soit pas en mesure de raconter ce qui s'est passé dans un ordre chronologique ni de donner une version claire et cohérente des faits.
- S'exprimer lentement ;
- Accepter les silences et laisser du temps à la personne. Le silence ne signifie pas nécessairement un refus de répondre, mais une incapacité à répondre ;
- Lire à voix haute les documents à destination de la personne incriminée ;
- Faire reformuler ce que la personne a retenu de la discussion pour s'assurer de sa bonne compréhension des enjeux et des faits qui lui sont reprochés ;
- En cas d'aveux, s'assurer que l'accusé a bien compris les conséquences de la confession ;
- Eviter les attitudes amicales qui pourraient être mal interprétées et accroître le risque de faux aveux ;
- Si nécessaire, demander l'aide d'un professionnel connaissant bien les TSAF ;
- Veillez à ce que l'environnement soit calme et exempt de toute distraction visuelle, olfactive ou auditive ;
- Faire appel aux proches ou à des personnes qui pourraient corroborer les informations ;
- Faire des pauses pendant la période d'interrogatoire ;
- Limiter la durée totale de l'interrogatoire.

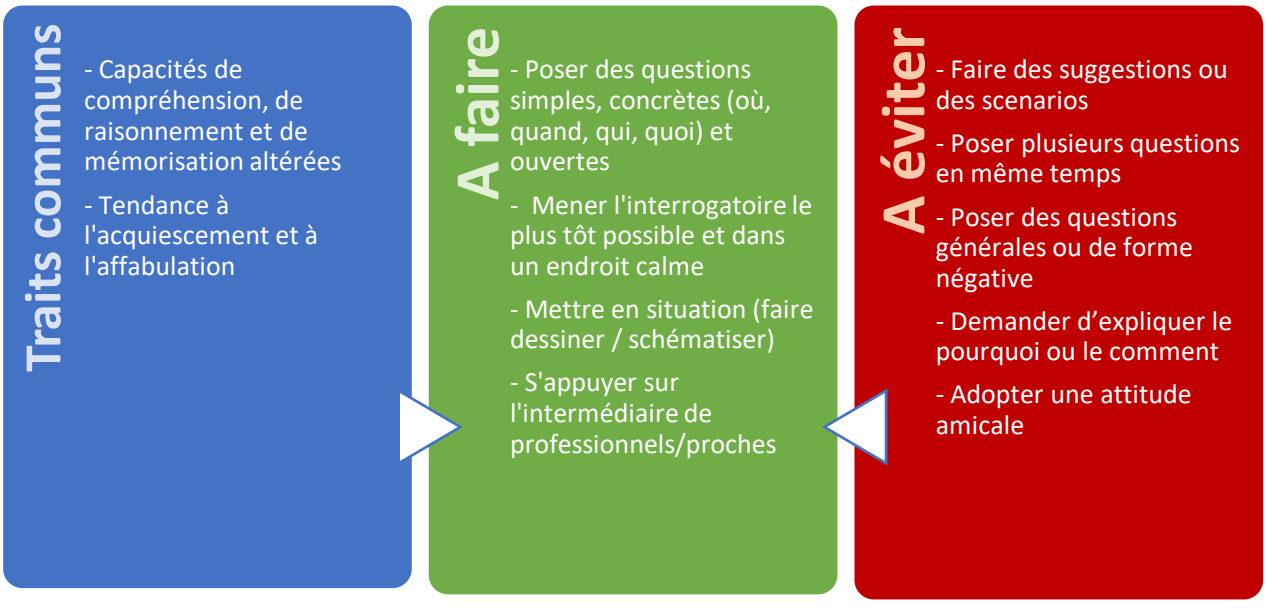
Concernant la manière de poser les questions, plusieurs leviers permettront de limiter le risque d'affabulation et de faux aveux :

- Poser des questions ouvertes et concrètes (où, quand, qui, quoi ?) ;
- Ne pas suggérer les réponses dans la formulation de la question ;
- Scinder les questions en petites parties ;
- Répéter et reformuler les questions ;
- Eviter les pronoms et utiliser le nom/prénom de la personne à qui l'on fait référence dans chaque question.

Enfin, des techniques alternatives de questionnement peuvent être mobilisées :

- Donner à la personne un papier et un crayon afin qu'elle puisse noter ou dessiner la séquence des événements ;
- Faire soi-même des schémas de ce qui est en train d'être raconté ;
- Proposer à la personne de mimer ce qui s'est passé.

Pour conclure, le schéma ci-dessous propose une synthèse des conséquences des TSAF et les recommandations qui en découlent en termes d'interrogatoire :



Il est à noter que cette pédagogie et l'adaptation du langage valent tout au long du parcours judiciaire et notamment lorsque les professionnels délivrent des avertissements ou des sanctions aux personnes atteintes de TSAF.

4.4. Recommandation 4 : adapter les sanctions et accompagner

A partir d'études de cas et de la jurisprudence au Canada, Chartrand et Forbes-Chilibec (2003) ont recensé trois types d'attitude des juges et procureurs à l'égard des TSAF :

- Ignorer le diagnostic de TSAF dans la détermination de la peine ;
- Accepter le diagnostic de TSAF comme un facteur atténuant parmi d'autres mais ne méritant pas d'être examiné spécifiquement ;

- Considérer que le diagnostic de TSAF mérite une approche complètement différente en matière de détermination de la peine[22].
    - C'est par exemple le cas du juge canadien Fowler qui en 2006 traitait une affaire impliquant un délinquant sexuel violent souffrant de TSAF. Il décrivait ce dernier comme « un canari dans une mine de charbon »[23]. Il faisait remarquer que les gouvernements savaient maintenant que les personnes atteintes de TSAF rempliraient de plus en plus les prisons parce qu'elles avaient un taux élevé de récidive, agissaient de manière impulsive et ne tenaient pas compte des conséquences de leurs actes. Il avertissait que si des mesures n'étaient pas prises pour développer des programmes adaptés pour traiter les délinquants atteints de TSAF, de plus en plus de délinquants seraient simplement incarcérés (Douglas 2010).

Dans le cas de ces personnes, nous verrons en effet que l'incarcération n'est pas la solution la plus pertinente et que ce trouble nécessite de réviser les manières traditionnelles de sanctionner. Les juges se retrouvent cependant souvent face à l'impasse du manque d'alternative à la prison. Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour y pallier, notamment la justice thérapeutique et la justice réparatrice.

⇨ *La nécessité de réviser les pratiques traditionnelles de détermination de la peine dans le cas des TSAF*

Dans le cas des personnes atteintes de TSAF, les pratiques habituelles de sanction ne sont pas adaptées. Selon les principes fondamentaux de détermination de la peine, celle-ci doit être juste et proportionnée à la gravité de l'infraction et au degré de responsabilité du contrevenant. Or, les personnes atteintes de TSAF ont des difficultés à relier les actes à leurs conséquences, à s'en souvenir et à contrôler leurs pulsions. Cela soulève plusieurs problèmes :

- C'est d'abord la question de la responsabilité de l'individu qui est remise en question dans le cas des TSAF en raison des déficiences cognitives et de la difficulté à respecter les normes sociales (Douglas 2010; Roach et Bailey 2010) ;
- C'est ensuite les critères standards de détermination de la peine tels que l'âge qui doivent être questionnés. Par exemple, à l'âge de 18 ans, un jeune atteint de TSAF peut avoir les aptitudes cognitives et sociales d'un enfant de 10 ans. Par conséquent, les sanctions fondées sur l'âge biologique sont inadaptées, voire préjudiciables pour ces personnes et en particulier les jeunes (Conry et Asante 2010).
- C'est enfin la question de l'efficacité de la peine qui est remise en question dans la mesure où la punition n'a que peu d'effet dissuasif sur ces personnes qui peinent à changer leurs comportements du fait de la nature organique de leur trouble (Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003). Plus précisément, la littérature montre que :

[22] Par exemple, la Cour d'appel de Colombie Britannique (British Columbia Court of Appeal) a reconnu que l'emprisonnement n'était pas une manière réaliste d'envisager la réhabilitation de délinquants dont le comportement résulte des conséquences de dommages cérébraux subis avant leur naissance et pour certains renforcées par une maltraitance pendant leur enfance. Cette cour a noté que les procédures de probation typiques où les délinquants sont seulement tenus de se présenter périodiquement à leur agent de probation sont peu utiles dans ce cas. Leur recommandation était l'accompagnement, la formation et la supervision intensive par une ou plusieurs personnes en qui l'accusé a confiance (Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003).

[23] L'expression « un canari dans une mine de charbon » fait référence à une pratique des mineurs au XIXème siècle qui apportaient des canaris dans les mines de charbon. Le canari étant très sensible aux émanations de gaz toxiques, lorsqu'il mourait ou s'évanouissait, les mineurs se dépêchaient de sortir de la mine afin d'éviter une explosion ou une intoxication imminente.

- La sanction en tant que telle aura un impact limité sur le comportement des personnes incriminées dans la mesure où les comportements répréhensibles sont principalement la conséquence d'un trouble dont ils héritent à la naissance ;
- Les peines avec sursis seront peu utiles dans un contexte où l'on ne comprend pas les causes et les effets et où l'on éprouve des difficultés à se conformer aux règles (voir paragraphe dédié dans la suite du rapport) ;
- Les sanctions financières telles que les amendes sont également problématiques dans la mesure où le chômage et les difficultés financières font partie des conséquences secondaires des TSAF et conduiraient à une aggravation des inégalités ;
- En prison, les personnes sont davantage susceptibles d'être victimisées du fait de leur suggestibilité (voir paragraphe dédié dans la suite du rapport).

Par conséquent, les peines les plus efficaces pour les personnes souffrant de TSAF seront celles qui visent à changer leurs conditions de vie ou leur milieu social. Cet objectif est difficilement atteignable étant donné que les décisions dans le contexte judiciaire portent sur l'individu lui-même et pas sur son milieu de vie (Fast et Conry 2009). Pour autant, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de solution ou de sanction possible mais simplement qu'elles devraient être adaptées. Ainsi, avec un traitement et des soins appropriés, de nombreuses caractéristiques comportementales des TSAF peuvent être gérées efficacement.

Les paragraphes suivants recensent les approches existantes en termes de sanction et d'accompagnement.

⇨ *L'emprisonnement : une solution inadaptée aux personnes atteintes de TSAF, nécessitant des aménagements le cas échéant*

Les principaux travaux s'accordent à dire que la prison ne devrait plus systématiquement apparaître comme nécessaire ni efficace dans le cas des TSAF (J. Brown et al. 2015; Fast et Conry 2009; Boulding 2005; Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003; Boland, Chudley, et Grant 2002; Douglas 2010), et ce pour plusieurs raisons :

- L'emprisonnement a peu d'effet correctif sur le comportement des personnes atteintes de TSAF ;
- Le comportement des personnes en prison est imprévisible :
  - Certaines ont un comportement convenable durant l'emprisonnement puisque cet environnement très structuré répond à leur besoin de supervision et qu'elles ont peu de décisions à prendre par elles-mêmes ;
  - Mais d'autres peinent à s'adapter au milieu agressif et parfois instable de la prison du fait de leurs troubles comportementaux et de leurs capacités d'apprentissage réduites ;
- Le risque de victimisation via des agressions psychologiques, physiques et sexuelles est accru pour ces personnes qui ne comprennent pas les règles sociales de la prison[24]
- Étant particulièrement influençables, elles risquent plus que d'autres d'y nouer des relations délétères (et par suite de récidiver plus gravement) ;

[24] L'emprisonnement est une pratique inadaptée dans le cas des maladies psychiques dans la mesure où la promiscuité, les niveaux sonores et les violences qui en résultent accroissent les troubles de la personne incarcérée qui risque de ressortir autant voire plus malade que lorsqu'elle n'y est rentrée (UNAFAM 2018). Endicott (1991) avaient également observé que les détenus souffrant de déficiences intellectuelles ont un risque accru de subir des sévices, d'être victimes d'abus et de manipulation. Certains auteurs parlent d'un effet « jurigénique » pour désigner les effets néfastes du système judiciaire ordinaire pour les délinquants souffrant de déficiences intellectuelles ou de maladies psychiques, en référence au concept d'iatrogénie en médecine.

- Les réseaux de soutien à l'extérieur peuvent être mis à mal par la période d'incarcération, or ils ont un rôle protecteur vis-à-vis de la récidive.

Cependant, dans la pratique, l'emprisonnement apparaît souvent comme le meilleur choix par défaut en fonction de la gravité de l'acte, de la préservation de l'intérêt public et surtout de l'absence d'alternative efficace. Les juges sensibilisés aux TSAF regrettent ce manque d'alternative et cherchent des aménagements.

Douglas (2010) cite l'exemple d'une affaire de voie de fait en Australie où l'accusé souffrait de graves troubles cognitifs, probablement en raison de TSAF. Le juge avait conclu que l'accusé devait être incarcéré car il n'y avait « aucune alternative réaliste ou sûre », tout en recommandant une certaine flexibilité dans l'approche de l'incarcération, un accompagnement par un service dédié aux personnes en situation de handicap et des périodes de répit où il serait retiré du milieu carcéral pour rendre visite à sa famille.

La flexibilité et l'adaptation des conditions d'incarcération peuvent être une voie de résolution du dilemme entre protection de la communauté, proportionnalité de la peine et perspectives de réhabilitation.

Si une peine privative de liberté est considérée comme le seul moyen de fournir la supervision nécessaire au contrevenant, plusieurs mesures peuvent être envisagées :

- Privilégier des peines courtes, sous peine que la personne n'oublie pourquoi elle a été incarcérée et d'augmenter les risques de victimisation ;
- Séparer les délinquants atteints de TSAF du reste de la population carcérale, par exemple dans une unité « sécuritaire » [25] ;
- Nommer un référent TSAF au sein de l'institution ;
- Mettre en place des pratiques d'encadrement claires, rassurantes et bienveillantes de la part du personnel pénitentiaire, et s'assurer que ces derniers sauront gérer les troubles comportementaux et notamment les accès de colère[26] ;
- Construire des programmes dédiés comprenant des activités routinières et valorisantes en vue d'une réadaptation (voir paragraphe suivant sur la réadaptation) et un suivi médical et psychologique adapté (voir paragraphe suivant sur la justice thérapeutique concernant ce suivi médical et psychologique) ;
- Orienter la personne vers des acteurs ressources et des soutiens au sein du milieu carcéral tel que des aumôniers, des tuteurs ou des pairs afin d'encourager l'acquisition de compétences sociales et le maintien du lien social ;
- Prévoir des périodes de répit en dehors de la prison afin de maintenir (ou construire) un réseau de soutien ;

[25] Les personnes atteintes de TSAF sont rapidement débordées par les rapports sociaux en milieu clos, il faut veiller à ce qu'elles ne soient pas livrées aux rapports de force qui s'établissent dans les cellules, les soumettre à une surveillance étroite, leur éviter les promiscuités dangereuses et prévenir la manipulation et la violence de la part des autres détenus (The FASD Justice Committee 2007; Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010).

[26] Le comportement des adultes atteints de TSAF s'améliore dans un milieu organisé et stable qui assure un encadrement et offre des occupations journalières prévisibles. Cependant, ce résultat repose sur une autorité bienveillante, non méprisante et constructive qui tend alors à réduire la frustration, la dépréciation et la dépression. Quand ces règles sont observées, les adolescents et adultes atteints de TSAF incarcérés sont plus faciles à gérer (Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010). Pour cela, il est nécessaire de veiller à ce que le personnel correctionnel connaisse et comprenne les TSAF et qu'il sache gérer les accès de colère et autres comportements impulsifs et/ou destructeurs comme l'automutilation. Les règles à appliquer doivent être explicites et simples. Les personnes doivent comprendre ce qui est attendu d'elles (The FASD Justice Committee 2007).

- Anticiper la transition vers le milieu d'origine[27] et assortir la peine d'une longue période de surveillance à la sortie de prison[28] et d'un programme de réhabilitation (voir paragraphe suivant sur la réhabilitation et la réduction du risque de récidive).

- ***Organiser la vie en prison de manière à favoriser la réadaptation***

Les détenus atteints de TSAF souffrent de problèmes multiples, pour lesquels il existe peu de ressources en prison. Le risque de l'emprisonnement est que ces troubles ne s'aggravent faute d'un suivi adapté. Un aménagement des conditions d'emprisonnement permettrait d'éviter ces effets pervers voire de favoriser une réadaptation.

Cette recommandation s'appuie notamment sur les travaux fondateurs de Streissguth (1997) auprès des enfants atteints de TSAF. Elle a remarqué que ces derniers travaillaient mieux dans un milieu ordonné, limitant les stimulations sensorielles, stable qui offre un encadrement par des règles simples et claires et des activités quotidiennes prévisibles. Les auteurs travaillant sur le parcours judiciaire des personnes atteintes de TSAF et notamment sur la question de l'emprisonnement prolongent ce constat pour les adultes. Des détenus évoluant dans un tel environnement devraient être plus faciles à gérer.

L'aménagement des conditions d'emprisonnement pourrait également passer par l'établissement d'un programme adapté, reposant sur des activités routinières que la personne pourra anticiper voire dont elle pourra se réjouir. Il peut s'agir de donner l'occasion de travailler[29] ou d'exercer une activité significative qui contribuera à un sentiment d'accomplissement et de valorisation tout en fournissant un cadre structurant. Ces activités pourront aussi être une occasion d'améliorer les compétences pratiques en termes de communication, de la gestion d'argent ou d'hygiène personnelle et les habiletés sociales, notamment si les séances sont axées sur la résolution de problèmes concrets (The FASD Justice Committee 2007).

Les programmes existants dédiés à des personnes souffrant d'addiction et/ou de troubles comportementaux peuvent être adaptés mais leur contenu devra peut-être être simplifié.

Au vu des déficiences cognitives associées aux TSAF, les animateurs de ces programmes devront s'attendre à ce que les personnes oublient les acquis d'une séance sur l'autre. Ils devront développer une pédagogie axée sur la répétition et la mise en situation dans le cadre de séances courtes, en très petit groupe. Streissguth (1997) estime qu'il est préférable de faire appel à des thérapeutes qui ont eu l'occasion de travailler avec des personnes présentant des troubles du développement et des difficultés d'apprentissage.

L'exemple du programme canadien « Correction and Connection to the Community" (3C)

En Alberta, le programme "Correction and Connection to the Community (3C)" a été développé (Brintnell et al. 2019). Il est organisé en trois temps : évaluation, transition et suivi. L'évaluation diagnostique a lieu au sein du lieu. Elle est suivie d'un programme intensif de support et d'encadrement. Les personnes sont impliquées dans le processus de diagnostic puisqu'une synthèse leur est remise. Durant les sessions de travail qui portent sur différents sujets tels que la communication, les relations, la nutrition, la sexualité ou encore la résolution des conflits, l'expression non verbale est encouragée. Le programme prévoit également un volet important d'activité physique,

[27] Les transitions sont des périodes où les personnes atteintes de TSAF sont vulnérables. La libération pose de nouveaux défis aux personnes atteintes de TSAF, source de stress et de confusion. Dans la mesure du possible, il faudrait procéder à une planification soigneuse avant la libération (Boland et al. 1998) pour préparer la personne à ce changement et assurer la mise en place des services et des soutiens nécessaires (The FASD Justice Committee 2007).

[28] Au même titre qu'elles ont besoin d'une attention spécifique pendant leur incarcération, les personnes atteintes de TSAF ont besoin d'un suivi post-carcéral spécifique du fait de leur difficulté à vivre de manière autonome et de l'éventuel affaiblissement de leur réseau de soutien pendant cette période d'incarcération (Boland et al. 1998).

[29] Les emplois qui sont simples et routiniers avec une supervision adéquate sont préférables (Boland et al. 1998).

étant entendu qu'elle a un impact positif sur les répercussions des TSAF (au niveau physiologique) mais aussi que les sessions en groupe améliorent les capacités fonctionnelles et sont une occasion de travailler sur les interactions sociales. La transition et le suivi ont pour but d'assurer le retour vers la communauté.

Le programme a montré une efficacité sur la gestion de la colère et du stress, l'amélioration de l'estime de soi et un ensemble de compétences sociales. Dans une moindre mesure, certains participants ont témoigné aussi d'une amélioration de leur mode de vie en termes d'activité sportive ou d'accès à l'emploi.

- ***Après l'emprisonnement : un enjeu de coordination avec l'entourage et le secteur sanitaire et social.***

Même si toutes les mesures sont prises au moment de l'incarcération pour préparer la réadaptation des personnes incarcérées, la libération représente une période de changement, par définition difficile à appréhender pour les personnes atteintes de TSAF.

Une réadaptation efficace peut nécessiter des changements de vie à long terme. Cela peut par exemple passer par la création d'un environnement positif, soutenant et structuré et par un suivi prolongé en santé mentale. Les professionnels du secteur sanitaire et social devraient alors être mobilisés en amont pour favoriser ce suivi sur le long terme. Pour les adolescents, les services de protection de l'enfance seraient également à mobiliser (Verbrugge 2003).

La liberté conditionnelle est une mesure délicate pour les personnes atteintes de TSAF qui pâtissent de problème de mémoire, de maîtrise de soi et d'autres problèmes cognitifs. Le risque est que si la personne est incapable de respecter ses obligations[30], elle entre dans un cercle vicieux de démêlés avec la justice (FASD Network of Saskatchewan 2016).

Cette mesure peut être envisagée à plusieurs conditions :

- si un important travail de pédagogie est réalisé afin que la personne comprenne ce que ces obligations impliquent puis s'en souvienne sur le long terme[31] ;
- si la personne bénéficie déjà d'un solide réseau de soutien dans sa vie personnelle qui pourra l'aider à respecter ses obligations.

⇨ *Les alternatives à l'emprisonnement : éviter les effets pervers de l'incarcération sous réserve de structuration et de soutien*

L'ensemble des travaux consultés recommande des alternatives à la prison qui ont notamment pour enjeu de permettre une meilleure prise en charge médicale et d'éviter les effets pervers de l'emprisonnement évoqués plus haut. Ces alternatives, encore insuffisamment demandées en France (UNAFAM 2018) peuvent inclure la déjudiciarisation, la justice thérapeutique et les peines de sursis (simple ou avec mise à l'épreuve) ou de probation[32].

[30] Avocat canadien, Boulding insiste sur les difficultés de ses clients atteints de TSAF à respecter des obligations a priori simples telles que se présenter à un rendez-vous (à l'heure et au bon endroit) ou s'abstenir de boire de l'alcool (Boulding, D., 2001).

[31] Le paragraphe sur les peines avec sursis propose des recommandations plus concrètes.

[32] Notons que les auteurs s'accordent également sur le manque de données d'évaluation permettant de hiérarchiser ces alternatives à la prison et d'en mesurer l'efficacité en raison de la prise en considération relativement récente des besoins spécifiques des personnes atteintes de TSAF au sein du système judiciaire.

Qu'elles soient en partie privatives de liberté ou non, ces mesures doivent répondre au besoin de structure et de soutien accru des personnes atteintes de TSAF, et ce en particulier pour les adolescents pour éviter qu'ils n'entrent dans un cercle vicieux de démêlés avec la justice (Verbrugge 2003).

- ***Déjudiciarisation et justice réparatrice : une alternative à développer en fonction de la gravité de l'acte commis***

Aller au tribunal peut avoir un effet contre-productif si le délai entre l'infraction et la condamnation est trop long et que les personnes ne sont pas capables de comprendre que leur condamnation résulte de leurs actes. Dans ce contexte, la déjudiciarisation devrait être envisagée, en tenant compte des circonstances de l'infraction, des besoins des parties concernées et des considérations de sécurité publique (Chudley et al. 2005; Fast et Conry 2009). Cette recommandation s'appuie sur le modèle nord-américain où la déjudiciarisation s'articule avec la justice réparatrice. Pour la personne incriminée, l'enjeu est de pouvoir prendre conscience de la portée de son acte (grâce à une procédure plus rapide, en étant confronté à la victime, grâce à la portée éducative de la décision) et ainsi de réduire le risque de récidive. Pour la victime, la déjudiciarisation peut permettre de l'aider à mieux comprendre l'évènement et le comportement du délinquant (Chudley et al. 2005).

La déjudiciarisation et la justice réparatrice vont de pair et s'appuient sur des pratiques de médiation entre victime et délinquant, sur l'orientation vers des comités de justice communautaire et donnent éventuellement lieu à des sanctions extrajudiciaires[33].

La justice réparatrice consiste à donner à la personne une sanction proportionnée à la faute commise, tout en dédommageant la victime ou la société. La justesse de la sanction nécessite que toutes les parties concernées soient impliquées, y compris la victime et les proches de la personne incriminée. Les sanctions ne doivent pas être humiliantes, étant donné que le but est que la personne comprenne son erreur voire que les relations entre la victime et la personne soient restaurées. On peut prendre l'exemple d'un vol dont la sanction « réparatrice » serait non seulement la restitution de l'objet mais éventuellement un travail d'intérêt général. Il est à noter que l'approche en termes de justice réparatrice peut être adoptée en dehors du contexte judiciaire, dans le milieu familial, comme une approche éducative (FASD Network of Saskatchewan 2016).

- ***Pour une justice thérapeutique plutôt que punitive***

La méconnaissance de ce trouble, le type d'actes commis, le comportement des personnes durant leur parcours et la tendance à la récidive sont susceptibles d'entraîner des condamnations et des peines de prison alors que, à l'échelle de l'individu atteint de TSAF, le besoin se situe au niveau de la réhabilitation et de la prise en charge médicale. Dans leur cas, la punition n'a pas de valeur dissuasive (Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003; N. N. Brown et al. 2010).

Dans ce contexte, plusieurs travaux nord-américains recommandent que des tribunaux spécialisés soient créés pour traiter les problématiques spécifiques des personnes atteintes de TSAF (Cox, Clairmont, et Cox 2008). Il pourrait également s'agir de tribunaux spéciaux tels que les « Mental Health Courts » aux Etats-Unis ou au Canada[34], qui sont plus largement chargés de prendre en charge des individus souffrant de problèmes de santé mentale et ayant besoin d'un accompagnement médical et social. Ces tribunaux thérapeutiques travaillent en lien avec les services de santé mentale, de logement

---

[33] Au Canada, les mesures et sanctions extrajudiciaires ont pour but d'éviter un procès aux adolescents qui commettent une infraction criminelle. Elles offrent la possibilité de se racheter envers la victime s'il y en a une, à travers une médiation ou des excuses écrites. S'il n'y a pas de victime directe ou que la victime ne souhaite pas participer, l'adolescent peut participer à des travaux pour la communauté ou suivre une formation sur la portée de ses actes. (Source : http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=558)

[34] Dès 2004, un rapport de la Commission de réforme de la justice du Canada a recommandé qu'un tribunal thérapeutique soit établi pour traiter les cas de SAF et qu'une stratégie à long terme soit développée pour traiter les TSAF depuis la prévention jusqu'au suivi.

ou d'emploi afin de remédier aux conditions qui sont à l'origine ou aggravent les comportements délinquants ou criminels. Les évaluations de ces tribunaux spécialisés montrent une efficacité sur le taux de récidive des personnes. Un autre exemple est le Community Council Program, à Toronto, qui détourne les délinquants d'origine amérindienne du système de justice pénale et les fait comparaître devant leur propre communauté[35].

Cette forme de déjudiciarisation ne concerne néanmoins pas toutes les infractions et traite le plus souvent les cas de défaut de comparution, d'entrave au travail d'un policier ou à la justice, les infractions contre les biens et les crimes sans victime (The FASD Justice Committee 2007).

A défaut de pouvoir généraliser ces tribunaux spécialisés faute de moyen, une alternative pourrait être de nommer des magistrats spécialisés.

Cette recommandation n'est valable que s'il existe des ressources d'accompagnement social et médical appropriées. Dans cette perspective, prenons le cas d'une affaire canadienne rapportée par Douglas (2010) où une personne atteinte de TSAF âgé de 20 ans était accusée de crime sexuel envers une victime de 12 ans. Le juge a noté que, parce que l'accusé était atteint de TSAF, l'écart d'âge ne semblait pas aussi grand. Il a été suggéré que des programmes de traitement adaptés soient fournis aux personnes atteintes de TSAF qui ont commis des infractions sexuelles. Or, le juge faisait le constat que les personnes atteintes de TSAF et délinquantes sexuelles ne bénéficiaient pas d'une prise en charge spécialisée :

- Elles étaient en général orientées vers des programmes de groupes composés de délinquants sexuels qui n'étaient pas atteints de troubles cognitifs ;
- Les programmes reposaient sur des processus verbaux et écrits difficiles à suivre pour des personnes atteintes de TSAF ;
- Les programmes s'appuyaient sur des thérapies inefficaces voire ayant un impact négatif dans le cas des TSAF.

Plutôt que de suggérer l'incorrigibilité de l'accusé, il s'agirait alors d'envisager l'inadaptation de ces programmes standards en matière de délinquance sexuelle mais aussi de toxicomanie ou de gestion de la colère dans le cas des TSAF (Douglas 2010).

L'objet de ce rapport n'est pas de formuler des recommandations médicales. Cependant, la littérature sur les démêlés avec la justice des personnes atteintes de TSAF donne quelques indications concernant les approches à privilégier en termes de santé mentale :

- L'intervention de psychologues ou des psychiatres connaissant les caractéristiques des TSAF, davantage à même de traiter les troubles associés tels que la dépression et les idées suicidaires[36].
- Des thérapies comportementales axées sur l'acquisition d'habiletés sociales plutôt que des thérapies analytiques axées sur l'introspection. (Novick, 1997 ; Farrigton, 1995, Streissguth, 1997, Brintnell et al. 2019)
- Une attention particulière du thérapeute dans le contexte d'exercices en groupe du fait de la suggestibilité des personnes atteintes de TSAF qui pourraient se créer de faux souvenirs à partir du témoignage d'autres délinquants (Baumbach 2002) ;

[35] « Le programme est axé sur le délinquant, plutôt que sur l'infraction. L'idée est que la communauté est la mieux placée pour répondre aux besoins des délinquants autochtones, et qu'elle aide à soustraire ces derniers au système judiciaire prédominant, qui, comme une porte tournante, fait passer la plupart des individus de la rue à la prison, et vice versa. » (The FASD Justice Committee 2007).

[36] Une proportion élevée de personnes atteintes de TSAF présente des signes de dépression et sont suicidaires (Streissguth, 1997), avec un risque augmenté dans le cadre d'une incarcération.

- Si la privation de liberté est impérative, des mesures d'internement dans des établissements aménagés plutôt qu'un emprisonnement. Le cas échéant, il ne s'agirait pas d'établissements psychiatriques, mais plutôt d'établissements de réadaptation comportementale, non disciplinaires (Lamblin, Maillard, et Fourmaintraux 2010).
- Des mesures spécifiques pour les personnes souffrant simultanément de TSAF et de toxicomanie parce qu'elles rencontrent des difficultés accrues pour recevoir des soins appropriés en particulier dans le contexte judiciaire (Kaitlyn McLachlan, Wyper, et Pooley 2019; Boland et al. 1998).
- Un suivi régulier et établi sur le long terme (y compris après les périodes d'incarcération ou de sursis) même si les personnes atteintes de TSAF ont tendance à se montrer peu intéressées par le traitement et à être peu conciliantes[37] (Conry et Fast 2010) ;
- Une évaluation des problèmes de santé mentale des parents biologiques s'ils sont les aidants principaux[38] et éventuellement une proposition d'accompagnement.

- ***Les peines de sursis simple ou avec mise à l'épreuve : une alternative périlleuse à l'emprisonnement***

Le sursis permet aux personnes incriminées de purger leur peine dans un cadre plus approprié que celui de la prison, le plus souvent chez eux. L'objectif est de prévenir les conséquences négatives de l'incarcération évoquées plus haut tout en maintenant le réseau de soutien préexistant, voire en établissant un nouveau mode de vie (via une formation ou un emploi par exemple).

Cette approche n'est pas simple à mettre en œuvre dans le cas d'une personne atteinte de TSAF. En effet, en raison de leurs problèmes cognitifs et comportementaux, les personnes risquent de ne pas respecter les règles du sursis (Douglas 2010). Les professionnels devront donc s'assurer que la personne est capable de respecter ces règles, ce qui peut être favorisé par plusieurs mesures concrètes :

- Expliquer les obligations pas à pas, dans un langage simple et clair avec plusieurs exemples permettant à la personne de comprendre l'impact concret de ces mesures dans différents contextes de sa vie quotidienne ;
- Imprimer les obligations, les faire enregistrer sur son téléphone portable, les donner aux proches aidants qui pourront faire des rappels et s'assurer de leur respect (FASD Network of Saskatchewan 2016) ;
- S'assurer que la personne bénéficiera d'une supervision solide de la part de son entourage proche et dans le cas contraire faire appel aux services sociaux (Fast et Conry 2009; Chartrand et Forbes-Chilibeck 2003).

[37] Les personnes atteintes de TSAF peuvent sembler peu coopérantes en raison de leurs troubles du langage et de la mémoire et de leur faible capacité d'introspection.

[38] Lorsque les aidants des personnes atteintes de TSAF sont leurs parents biologiques, une évaluation psychologique pourrait être pertinente dans la mesure où elles peuvent elles-mêmes être sujettes à des problèmes de santé mentale. Par exemple, les mères biologiques de personnes atteintes de TSAF ont souvent été victimes de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques, accroissant le risque de troubles mentaux qui précèdent souvent l'abus d'alcool (S. J. Astley et al. 2000).

4.5. Recommandation 5 : Superviser pour éviter la récidive

Les travaux s'accordent à dire que, de par la nature de leurs troubles, les personnes atteintes de TSAF présentent un risque élevé de récidive[39](Fast, Conry, et Loock 1999; Malbin 2004; Douglas 2010; J. Brown et al. 2015; Schacht et LaDue 2003). Le dilemme traditionnel entre réhabilitation de la personne incriminée et protection de la communauté est renforcé dans le cas des TSAF. Cependant, dans plusieurs études notamment auprès des jeunes[40], les chercheurs ont identifié plusieurs facteurs protecteurs contre ce risque, ouvrant des perspectives de réhabilitation (Rogers, McLachlan, et Roesch 2013).

Les professionnels peuvent viser une réadaptation ayant pour objectif de réduire les facteurs associés au comportement délinquant. Le cas échéant, les mesures visent principalement à réduire au minimum les possibilités de commettre des infractions ou de les reproduire en instaurant une routine et une supervision stricte sur le long terme[41] (Fast, Conry, et Loock 1999; Malbin 2004; Douglas 2010; Tait et al. 2017).

La supervision peut être assurée par les parents, les autres proches et des travailleurs sociaux. L'enjeu de coordination entre secteur judiciaire et secteur sanitaire et social apparaît une nouvelle fois. Le rôle de l'entourage proche est aussi primordial. Pour répondre au besoin accru de structure et de soutien des personnes atteintes de TSAF et limiter les risques de récidives, les professionnels de police et de justice peuvent participer à la construction d'un « cerveau externe » (ou « external brain team ») (Bourely et al. 2016; Douglas 2010; Boulding 2005; The FASD Justice Committee 2007). Cette métaphore décrit le rôle de supervision assuré par un référent souvent un membre de la famille, qui pallie les déficits de la personne atteinte de TSAF en l'accompagnant au quotidien et en coordonnant l'aide apportée par d'autres membres de l'entourage. Une fois la division des rôles établie et la cohérence assurée par le cerveau externe, l'enjeu est que ce dernier fonctionne de manière continue car la nature des troubles rend permanent le risque de récidive[42].

---

[39] Le risque de récidive est particulièrement élevé dans le cas de crimes sexuels lorsque les personnes atteintes de TSAF présentent un impulsivité, une incompréhension des distances sociales et de l'espace personnel et une vision enfantine des relations homme-femme (Douglas 2010).

[40] Au Canada, la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Youth Criminal Justice Act) en 2002 préconise de prendre en considération les besoins spécifiques des jeunes atteints de TSAF avec pour objectif la réhabilitation et la prévention de la récidive. En effet, lorsque les TSAF sont identifiés, l'évaluation des risques de récidive a été considérée comme un aspect important de la détermination de la peine. Cela a donné lieu à des expérimentations auprès des jeunes.

[41] Dans certains cas de TSAF au Canada, les tribunaux ont recommandé une surveillance pouvant aller jusqu'à 10 ans (Douglas 2010)

[42] A titre illustratif, on peut prendre le cas de deux hommes délinquants souffrant de TSAF au Canada, qui s'étaient rencontrés pour la première fois en prison et, qui, quelques années après leur libération, étaient devenus colocataires sur les conseils entre autres de leurs agents de probation. Grâce à un soutien clinique et à un accompagnement soutenu, les hommes avaient pu construire un mode de vie stable et maîtriser les répercussions de leurs troubles. Cependant, une rupture soudaine de soins et de l'accompagnement a brusquement remis en question ces acquis, illustrant la vulnérabilité des personnes atteintes de TSAF au changement et l'importance de pouvoir compter des relais évitant ces ruptures (Tait et al. 2017).

⇨ ***Synthèses des bonnes pratiques visant à créer un environnement structuré et stable, en vue de favoriser la réinsertion et d'éviter la récidive***

Régulation des activités quotidiennes

- Définir des activités routinières et un emploi du temps quotidien avec des horaires établis (quand se lever, manger, etc.).
- Définir des règles de gestion de l'argent
- Obtenir un logement sécurisé et abordable ou un placement en résidence subventionnée.
- Orienter vers une formation professionnelle spécialisée et/ou des stages

Constitution d'un "cerveau externe"

- S'assurer que l'emploi du temps quotidien pourra être supervisé par un/des proches aidants (ou à défaut un professionnel)
- Expliquer aux proches aidants qu'ils doivent oser demander de l'aide
- Accompagner la division des rôles attribués aux proches aidants

Coordination avec le secteur sanitaire et social

- Identifier un travailleur social référent
- S'assurer que le suivi médical est respecté
- Définir des priotités thérapeutiques (gestion de la colère, traitement de la déviance sexuelle, de la toxicomanie et/ou de l'alcoolisme, thérapie familiale...).

4.6. Synthèse des recommandations par acteur

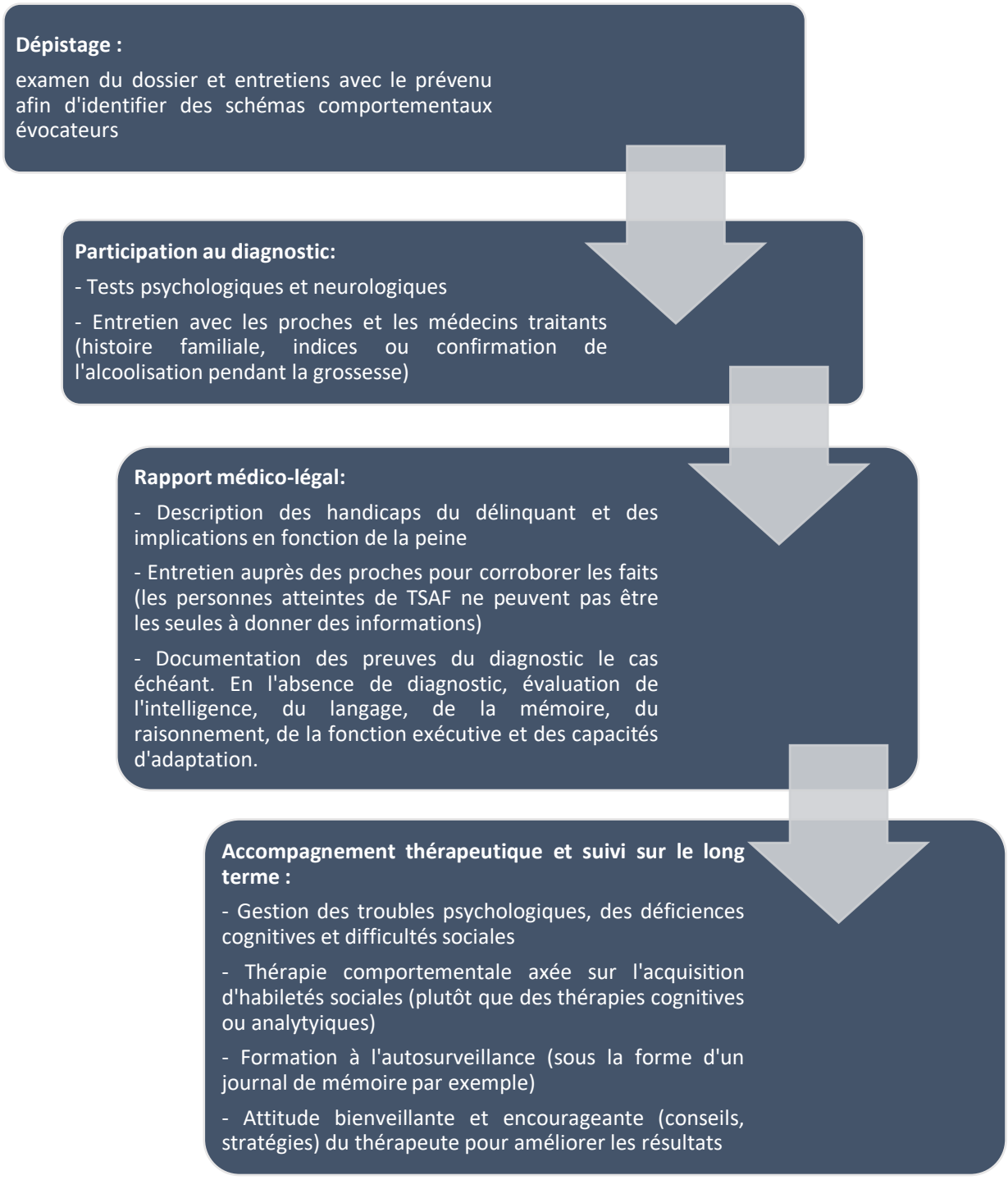
Cette dernière partie synthétise les recommandations énumérées précédemment avec une entrée par type d'acteur. Pour une présentation plus complète, nous vous invitons à consulter les recommandations détaillées précédemment pour chaque étape du parcours.

⇨ ***Recommandations aux professionnels de la santé mentale et médico-légale.***

En préambule, rappelons que le traitement judiciaire des malades psychiques et les conditions d'intervention des experts psychiatriques ne sont pas encore optimaux en France. En effet, l'UNAFAM constate que les experts psychiatriques appelés par la justice sont faiblement rémunérés, interviennent tardivement après la commission des faits et se limitent souvent à un entretien avec le prévenu sans rechercher une information complémentaire auprès des professionnels référents qui suivaient le prévenu jusque-là. Ces conditions d'intervention n'offrent pas le temps nécessaire à la compréhension de la personnalité et de la pathologie du prévenu, ce qui nécessiterait par exemple

l'accès à son dossier médical et des échanges avec les médecins traitants et les proches (UNAFAM 2018).

Pourtant, les professionnels de la santé mentale ont un rôle à jouer tout au long du parcours judiciaire des personnes atteintes de TSAF (J. Brown 2017; Conry et Fast 2010; Fast et Conry 2009; Baumbach 2002), comme le synthétise le schéma ci-dessous. En particulier, un rapport médico-légal complet, préparé par des professionnels expérimentés dans le domaine des TSAF, peut aider les juges et les avocats à comprendre le comportement des prévenus et à définir un parcours adapté.



Des recommandations complémentaires sont présentées dans la partie précédente sur la justice thérapeutique concernant l'étape de la sanction.

⇨ *Recommandations aux avocats*

Des chercheurs mais aussi des avocats eux-mêmes ont témoigné du rôle fondamental de l'avocat dans l'accompagnement des personnes atteintes de TSAF tout au long du parcours, tant dans le repérage du trouble que dans la détermination d'une peine pertinente (Boulding 2001; Verbrugge 2003; Boulding 2005; Glowatzki et Stewart 2018). Pour cela, l'avocat devra travailler sur un accompagnement global de la personne elle-même mais aussi de ses proches. Un avocat compare par exemple son rôle à celui de « travailleur social » lorsqu'il défend des personnes atteintes de TSAF (Boulding Date inconnue).

Être attentif aux signes évocateurs d'un TSAF	– Cf. Checklist présentées plus haut (partie « Repérer et Orienter » et en particulier les atteintes cognitives, l'incapacité à fournir un récit cohérent et détaillé, la difficulté à se concentrer durant les entretiens. – En cas de signes évocateurs, demander une expertise médico-légale et/ou orienter les discussions sur cette suspicion pendant le procès.
Adapter ses pratiques d'interrogation et sa posture professionnelle	– Rester sans jugement et à l'écoute. – Être patient (accepter l'absence de réponse et les réponses incohérentes). – Répéter les questions et les conseils. – S'adapter à son niveau de compréhension et d'expression qui peuvent d'ailleurs être décorrélés. – Éviter la familiarité ou le développement d'une relation amicale. – Traduire en termes concrets, dessiner ou demander de dessiner. – Demander si la personne défendue souhaite qu'un proche soit présent lors des rendez-vous.
Planifier et rappeler les rendez-vous	– Faire de nombreux rappels oraux et écrits. – Essayer de rencontrer la personne défendue dans un lieu qu'elle connaît déjà et dans une pièce calme sans distraction. – Prévoir avec elle par quels moyens elle va se rendre à chaque rendez-vous. – Faire le lien entre ces rendez-vous et les autres activités de son emploi du temps, pour les inscrire dans un planning routinier.
Travailler en relation étroite avec un proche aidant	– Inviter le proche aidant (parent ou tuteur légal notamment) à participer aux rendez-vous. – Lui demander des informations. – S'assurer qu'il est informé de toutes les questions légales en jeu. – Lui demander de faire en sorte que le prévenu se présente « sous son meilleur jour » au tribunal, avec une tenue et à une conduite adéquate. – Mais ne pas lui déléguer les tâches qui vous incombent.
Planifier le déroulement du procès avec la personne	– Visiter le tribunal/ la salle d'audience en amont. – Prévoir du temps pour s'entraîner dans la salle d'audience si elle est disponible. – Faire des exercices sur la conduite à tenir.

	– Travailler en amont sur les expressions formelles qui seront employées. – Prévoir un lexique des termes juridiques et attentes en termes de conduite, à distribuer à la personne et à sa famille.
Adapter sa plaidoirie	– Orienter sa plaidoirie sur l'altération des facultés mentales de la personne au moment des faits[43]. – Demander que le diagnostic de TSAF soit pris en considération, un travail de sensibilisation sera peut-être à prévoir étant donné que les TSAF sont encore peu reconnus dans les tribunaux français. – À défaut de diagnostic, orienter sur les débats sur la question des TSAF en vue d'une évaluation par exemple en soulevant des questions sur la trajectoire familiale de l'accusé, sa trajectoire scolaire ou d'autres signes cognitifs et comportementaux qui pourraient appuyer votre demande d'évaluation. – Demander s'il est possible que l'accusé lise sa déclaration en insistant sur ses éventuels problèmes de mémoire et le risque d'affabulation – Demander des peines alternatives à l'emprisonnement en faisant valoir que la personne atteinte de TSAF ne répondra pas à une peine de prison comme une autre[44] et qu'elle a des besoins spécifiques.
	– Demander des aménagements de peine pour raisons médicales et autres dispositifs en faisant valoir que la détention pourrait aggraver les troubles.

[43] L'UNAFAM recommande de mettre en avant l'article 122-1 du Code pénal qui prévoit la reconnaissance de circonstances atténuantes pour les personnes souffrant de troubles psychiques, distinguant en effet deux situations médicales :
- « 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 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 ou en fixe le régime ». (UNAFAM 2018)

[44] En l'absence de recommandations sur le cas spécifique des personnes atteintes de TSAF, on peut s'appuyer sur les recommandations concernant les maladies psychiques produites par l'UNAFAM (2018) qui distingue différents cas :
« - En cas de comparution immédiate : L'avocat peut aussi demander au président le report du jugement pour qu'une expertise psychiatrique soit réalisée et mieux préparer le dossier de défense. Ce choix peut entraîner le placement en détention provisoire du prévenu pendant le temps de l'instruction, ce qui pourra être une épreuve traumatisante pour lui.
- En cas de procès devant le tribunal Correctionnel : L'avocat du prévenu s'efforcera de convaincre le juge d'instruction que son client a agi dans les circonstances prévues par l'article 122-1 du Code pénal, celles de l'abolition du discernement ou de l'altération du discernement. Cet article prévoit que, dans le premier cas, la personne échappe aux poursuites pénales et, dans le second cas, que le tribunal correctionnel puisse réduire la peine d'un tiers. Si la juridiction décide de ne pas appliquer cette diminution de peine, elle doit le faire par une décision spécialement motivée.
- En cas de procès devant la Cour d'assises : Comme devant le tribunal correctionnel, l'avocat du prévenu s'efforcera de convaincre le juge d'instruction, puis le jury, que son client a agi dans les circonstances prévues par l'article 122-1 du Code pénal, celles de l'abolition du discernement (conduisant à l'abandon des poursuites pénales) ou de l'altération du discernement. Le code pénal prévoit, lorsque l'atténuation du discernement est reconnue, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, que la juridiction tienne compte de cette circonstance et ramène la peine à trente ans. »

Accompagner la personne durant l'emprisonnement	– Demander au Juge d'Application des Peines le bénéfice de l'article 147-1 du CPP en vue d'une demande de mise en liberté pour motif médical[45].

⇨ *Recommandations aux policiers et aux gendarmes*

De par leur rôle central au début du parcours, notamment dans la reconstitution des faits, les policiers et les gendarmes peuvent participer au dépistage des TSAF mais aussi s'assurer que les personnes qu'elles interrogent seront traitées de manière adaptée. Pour cela, nous recommandons les pratiques suivantes :

- Être attentif aux signes qui permettraient de suspecter un TSAF (Cf. Checklist)
- Vérifier la bonne compréhension des droits (étant entendu qu'acquiescer ou répéter ne suffit pas à témoigner d'une bonne compréhension dans le cas des TSAF)
- Adapter l'interrogatoire au niveau de compréhension et d'expression de la personne (Cf. Recommandations sur l'établissement des faits et en particulier, éviter les marques de familiarité qui pourraient être mal interprétées, favoriser les questions concrètes et ouvertes pour limiter le risque d'affabulation)
- Corroborer les faits en s'appuyant sur d'autres témoignages et s'appuyer sur les proches
- Réaliser un travail de pédagogie auprès de la personne et de ses proches (expliciter les termes juridiques et la conduite attendue tout au long de la procédure)

Des recommandations plus détaillées et complémentaires sont développées dans une sous-partie précédente intitulée « Etablir les faits ».

[45] L'article 147-1 du CPP précise qu'« en toute matière et à tous les stades de la procédure, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention. La mise en liberté des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peut être ordonnée en application du présent article. »

⇨ *Recommandations aux juges*

Les juges ont un rôle déterminant dans la mesure où ils peuvent à la fois participer au dépistage des TSAF mais aussi adapter la sanction à ce diagnostic. Les principaux travaux (Malbin 2004; Chudley et al. 2005; Douglas 2010; Douglas et al. 2012) permettent de déduire les recommandations suivantes :

- En présence de signes évocateurs et en l'absence de diagnostic, explorer la piste des TSAF.
- Lors des échanges avec la personne atteinte de TSAF :
  - vérifier la bonne compréhension des droits, du déroulement de la procédure et du fonctionnement du tribunal
  - adapter ses questions au niveau de compréhension de la personne.
- Pendant la procédure et après, faire appel aux ressources extérieures (proches, professionnels de santé, services sociaux, associations).
- Adapter la sanction à la nature du trouble identifié, en s'appuyant sur les principes de justice réparatrice et en privilégiant des alternatives à l'emprisonnement lorsque les conditions le permettent.
- Faire preuve de pédagogie dans l'annonce de la décision (le fait que la personne entende la sanction et acquiesce ne signifie pas qu'elle l'a comprise), traduire la sanction en termes simples et surtout concrets.

Des recommandations plus détaillées et complémentaires sont développées dans les sous-parties précédentes intitulées « Etablir les faits » puis « Sanctionner et accompagner ».

⇨ *Recommandations aux agents pénitentiaires et conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation*

En France, le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) travaille soit en milieu fermé auprès des personnes incarcérées, soit en milieu ouvert aux côtés de personnes ayant des démêlés avec la justice. Leur mission principale est de participer à la prévention de la récidive.

Plusieurs travaux anglo-saxons insistent sur le rôle des agents de probation dans le dépistage et l'accompagnement des personnes souffrant de TSAF. Leur sensibilisation préalable à la problématique des TSAF et leur position institutionnelle en font des acteurs de prédilection pour participer au dépistage dans un premier temps, puis à la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans un

second temps, dans une perspective de réhabilitation (Conry et Asante 2010; Fast et Conry 2009). Un guide à destination des agents de probation a été rédigé par Conry et Asante (2010) et propose notamment une grille de dépistage (Cf. annexe 2). En tant que professionnels de première ligne dans le dépistage des TSAF, l'utilisation des checklists présentées plus haut est donc fortement recommandée.

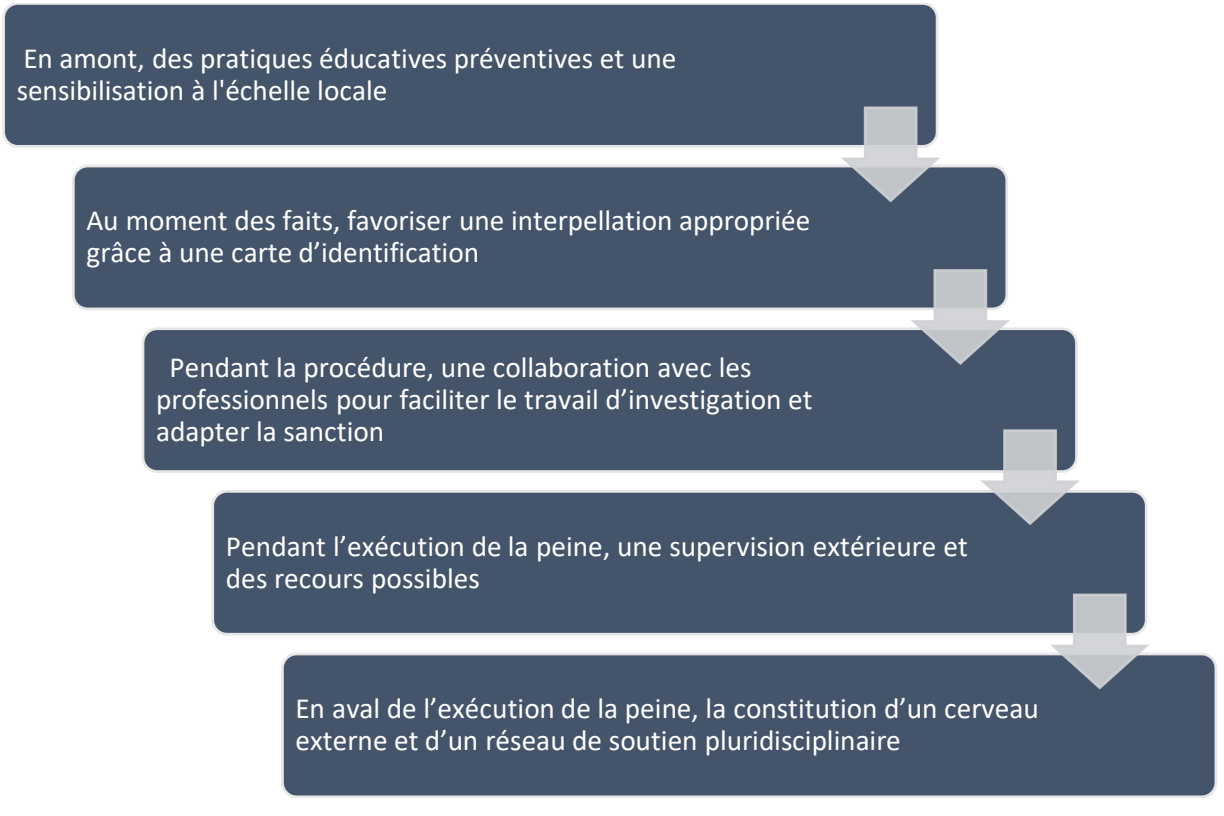
Des recommandations plus précises sont présentées dans les sous-parties précédentes intitulées « Repérer et orienter vers un diagnostic » puis « Favoriser la réinsertion et éviter la récidive ».

⇨ *Recommandations aux proches*

Comme évoqué tout au long de ce rapport, les personnes atteintes de TSAF ont besoin d'un environnement stable et structuré pour limiter les conséquences de leur affection. Le rôle des proches est donc déterminant tout au long du parcours judiciaire. Sans cet appui, les personnes ont moins de chance de bénéficier d'une sanction adaptée, de respecter les conditions de cette sanction et de progresser vers la réhabilitation (The FASD Justice Committee 2007). Or, l'arrestation d'un proche est un choc pour les aidants qui se trouvent souvent démunis face à la complexité des procédures judiciaires (UNAFAM 2018).

Nous nous centrerons ici sur des conseils liés au contexte des démêlés avec la justice, en nous appuyant largement sur les recommandations de l'UNAFAM (2018) - car elles sont spécifiques au cas français - et sur les auteurs anglo-saxons (Verbrugge 2003; Boulding 2005; Douglas 2010). Pour des conseils plus généraux à destination des proches, nous vous conseillons de consulter le *Guide pour les parents et les aidants* publié par l'association Vivre avec le SAF (Bourély et al. 2016).

Le schéma ci-dessous synthétise les principales étapes du parcours et le rôle associé aux proches aidants :



- ***En amont, des pratiques éducatives préventives et une sensibilisation à l'échelle locale***

Afin d'éviter les démêlés avec la justice, les proches peuvent effectuer un travail de prévention auprès de la personne atteinte de TSAF elle-même, auprès de son entourage et auprès des professionnels locaux :

- de par leur rôle éducatif (prévenir les conduites à risques en définissant des règles et en faisant attention aux fréquentations de son enfant dans le cas des parents) ;
- en faisant appel à des professionnels des secteurs éducatif, social et médical.
- en informant les professionnels de police et de gendarmerie de proximité du trouble dont souffre votre proche et de ses répercussions éventuelles.

- ***Au moment des faits, favoriser une interpellation appropriée grâce à une carte d'identification***

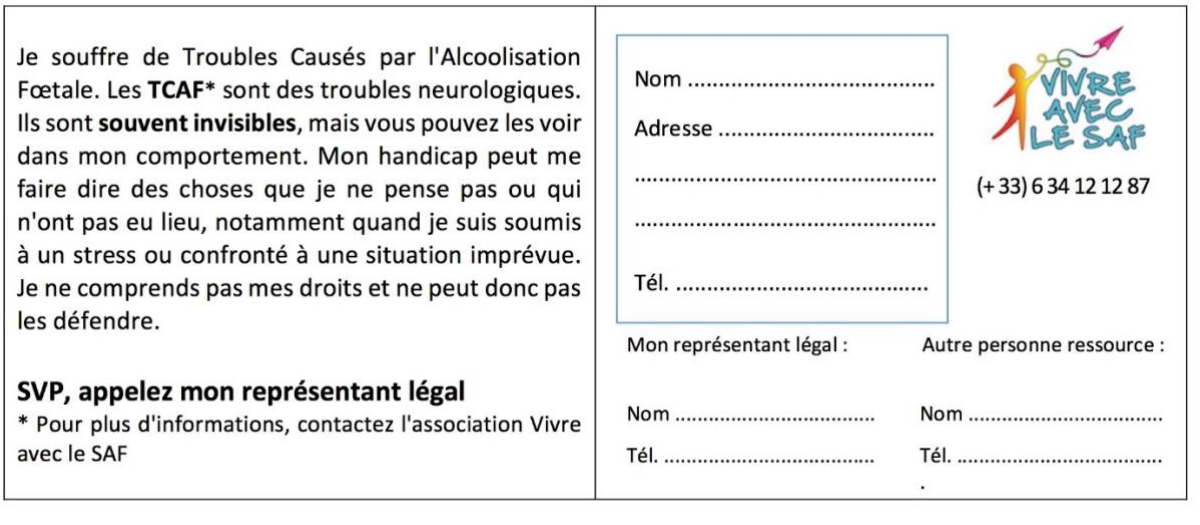
Au moment de l'interpellation puis de la garde la vue, l'enjeu est de permettre aux professionnels d'identifier l'existence d'une maladie qui nécessite un traitement adapté.

En France, la personne placée en garde à vue dispose du droit d'informer un proche et son employeur, et du droit à bénéficier d'un examen médical et de l'assistance d'un avocat. Si un examen médical n'a pas été demandé par la personne gardée à vue, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire, un membre de sa famille peut le requérir ; le médecin est alors désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire (Article 63-3 du code pénal) (UNAFAM, 2018).

Dans cette perspective de prévention et de sensibilisation, il est recommandé de faire porter à son enfant une carte d'identification à destination de notamment des policiers et des gendarmes qui effectueraient l'interpellation.

Cette carte comprend une photo, le nom et prénom de la personne, la mention des troubles, expliquant qu'il s'agit de dommages cérébraux de naissance, pouvant entraîner des comportements à risque, et les coordonnées des parents ou tuteurs en cas d'arrestation.

A partir des travaux canadiens, l'association Vivre avec le SAF a proposé un modèle de carte d'identification :


Je souffre de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale. Les **TCAF*** sont des troubles neurologiques. Ils sont **souvent invisibles**, mais vous pouvez les voir dans mon comportement. Mon handicap peut me faire dire des choses que je ne pense pas ou qui n'ont pas eu lieu, notamment quand je suis soumis à un stress ou confronté à une situation imprévue. Je ne comprends pas mes droits et ne peut donc pas les défendre.

SVP, appelez mon représentant légal

* Pour plus d'informations, contactez l'association Vivre avec le SAF

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

Tél. .....

VIVRE AVEC LE SAF

(+33) 6 34 12 12 87

Mon représentant légal :

Nom .....

Tél. .....

Autre personne ressource :

Nom .....

Tél. .....

L'enjeu d'une telle carte est de protéger la personne contre des interrogatoires illégaux ou inadaptés et de faire valoir son besoin d'assistance. En amont, les proches doivent donc expliquer à la personne quand et comment l'utiliser.

Dès la garde à vue, l'intervention d'un avocat est déterminante. Le fait que l'avocat ne connaisse pas spécifiquement les TSAF n'est pas rédhibitoire mais on choisira si possible un professionnel familier des troubles du comportement et maladies psychiques. L'UNAFAM indique qu'elle est susceptible de suggérer des noms d'avocats ayant une expérience.

Pour faciliter le travail de l'avocat et des autres professionnels, les proches peuvent préalablement avoir constitué un dossier personnel retraçant la trajectoire personnelle et familiale en remontant à la naissance, en passant par le parcours scolaire et jusqu'aux autres démêlés éventuels avec la justice. Il répertoriera les coordonnées des professionnels qui participent au suivi médical, psychologique, social ou éducatif de la personne et les rapports que ces derniers ont pu produire pour attester des troubles.

- ***Pendant la procédure, une collaboration avec les professionnels pour faciliter le travail d'investigation et adapter la sanction***

Pendant la procédure, il s'agit de partir du principe selon lequel les professionnels ont un comportement éthique et bienveillant et, si ce n'est pas le cas, envisager un recours contre les abus de pouvoir et carences[46].

Les proches pourront être amenés à réaliser un travail de pédagogie pour aider les professionnels à comprendre le comportement de leur proche atteint de TSAF.

Le témoignage d'un psychiatre référent peut-être sollicité. Cependant, la personne mise en examen peut choisir de ne pas faire état de ses troubles ou refuser de demander une expertise psychiatrique complémentaire. L'avocat comme les proches ont un rôle à jouer pour convaincre la personne que la reconnaissance des TSAF aura un impact positif sur la détermination de la peine. La collaboration entre l'avocat et les proches apparaît ici une nouvelle fois déterminante.

Dans la relation avec le proche incriminé, les proches vont avoir un rôle éducatif concernant le système judiciaire et le parcours. Il s'agira de préparer le prévenu, de lui expliquer ce qui peut se passer, de lui donner des indications concrètes sur la conduite à tenir.

- ***Pendant l'exécution de la peine, une supervision extérieure et des recours possibles***

Les proches ont un rôle à jouer dans l'exécution de la peine, afin de faciliter l'assimilation des enjeux de la sanction et de faire respecter ses conditions (par exemple, s'assurer de l'assiduité aux rendez-vous).

Les proches ont également plusieurs recours possibles à faire valoir pour limiter les risques délétères d'une sanction inadaptée.

- En cas de détention, les proches peuvent suggérer à la personne de demander à bénéficier de soins psychiatriques pendant son incarcération, soulignant le fait que le secret médical sera garanti. En vue de faire bénéficier la personne de soins psychiatriques, les proches peuvent contacter le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation afin de signaler son état de santé et demander l'intervention d'un psychiatre et éventuellement celui de la personne qui la suit habituellement. Les proches peuvent aussi communiquer au service médical tout élément qui lui paraît nécessaire pour le suivi du patient. Le psychiatre traitant peut enfin prendre contact avec son confrère au sein de l'établissement.
- Concernant le droit de visite, celui-ci doit le plus possible être utilisé afin de maintenir un lien social qui sera déterminant au moment de la transition entre la prison et le milieu d'origine et ensuite pour favoriser la réhabilitation. L'UNAFAM (2018) recommande l'envoi régulier d'une somme d'argent sur un compte nominatif dans la mesure où ne pas disposer d'argent en prison est difficile à vivre et favorise l'exclusion.
- Les proches peuvent inciter la personne détenue à demander un aménagement de peine. Pour cela, le médecin devra délivrer un certificat d'aménagement de peine pour raison médicale s'il parvient à établir que son état physique ou mental est incompatible avec le maintien en

[46] Les proches ont le droit de protester contre des agissements jugés inadaptés ou disproportionnés via des recours hiérarchiques, l'appel aux Inspections générales de la police, de la gendarmerie et de l'administration pénitentiaire ou d'institutions indépendantes tels que le Défenseur des Droits, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, La Commission des Usagers (CDU) de l'UHSA ou de l'UMD (Unité pour Malades Difficiles).

détention. L'UNAFAM (2018) recommande aussi d'inciter l'avocat d'un malade psychique dont la détention aggrave les troubles à demander au Juge d'Application des Peines le bénéfice de l'article 147-1 pour son client.

- ***En aval de l'exécution de la peine, la constitution d'un cerveau externe et d'un réseau de soutien pluridisciplinaire***

Comme évoqué précédemment, les personnes atteintes de TSAF ont un risque important de récidive et les proches, à travers le cerveau externe qu'ils peuvent constituer, ont un rôle protecteur vis-à-vis de ce risque.

La constitution de ce réseau de soutien passe aussi par la mobilisation de professionnels du secteur sanitaire et social. Par exemple, une demande d'accompagnement peut être faite auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en vue à terme de bénéficier d'un suivi assuré par un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ou un SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés) intervenant au lieu d'hébergement de la personne (UNAFAM 2018).

Conclusion

Le cas des personnes souffrant de TSAF et ayant des démêlés avec la justice permet de mettre en évidence l'importance de développer des approches novatrices de l'exercice de la justice, notamment avec les voies de la justice réparatrice et de la justice thérapeutique.

Dans notre cas, il s'agissait notamment d'éviter aux personnes - et surtout aux plus jeunes - d'entrer dans un cercle vicieux de démêlés avec la justice en prévenant la récidive et en favorisant la réhabilitation. Un principe d'équité devrait alors guider la décision étant donné que du fait des conséquences de leurs troubles, ces personnes rencontrent des problèmes tout au long du parcours judiciaire, de l'arrestation à la détention, en passant par l'interrogatoire, l'audience et le jugement. Nous avons vu que plusieurs précautions devraient être prises afin que la sanction soit efficace mais aussi que les droits fondamentaux des personnes soient garantis. Au regard de la nature de leurs troubles ces droits peuvent en effet être mis en péril à de nombreux stades de la procédure judiciaire (notamment lors de l'interrogatoire et en cas d'emprisonnement).

⇨ *Pistes d'action*

Notre rapport propose donc une série de recommandations indiquant aux acteurs comment adapter leurs pratiques professionnelles à ces différentes étapes :

- Améliorer l'information des professionnels sur les TSAF et former des référents parmi eux ;
- Donner les moyens aux professionnels de repérer les personnes et de les orienter vers un diagnostic le cas échéant (via des leviers informationnels et organisationnels) ;
- Adapter les techniques d'interrogatoire utilisées pour établir les faits en fonction des troubles des personnes atteintes de TSAF ;
- Faire évoluer les manières de sanctionner vers une justice réparatrice et thérapeutique plutôt que punitive et favoriser les alternatives à l'emprisonnement ;
- S'appuyer sur le « cerveau externe » constitué par un proche référent et s'assurer que la personne bénéficiera d'un environnement stable et solide afin de limiter les risques de récidive.

Le schéma ci-dessous synthétise nos recommandations sous forme d'itinéraire :

Pour qu'ils soient en mesure de suivre ces recommandations, les professionnels ont besoin d'outils dédiés et de modèles d'intervention ou de parcours dont les résultats ont été éprouvés. En l'état actuel, la littérature propose peu d'évaluations – par exemple médico-économiques - de bonnes pratiques.

L'impulsivité, les problèmes de mémoire, la difficulté à différencier la cause de l'effet et à comprendre les conséquences de ses actes, éloignent la suspicion de préméditation, y compris en cas de récidive et devraient amener à s'interroger sur la notion même de responsabilité. Ces spécificités sont à prendre en compte dans la manière d'appréhender les personnes concernées aux différentes phases du parcours judiciaire, au même titre que l'absence de remord, le risque d'affabulation ou encore de fausse confession.

Ces faits commencent à être pris en cause par les gouvernements nord-américains et australiens. En France, on observe des dynamiques locales (à la Réunion principalement) et au niveau associatif, qui pourraient être le socle d'un programme national tel que celui développé au Canada.

A travers l'énonciation de recommandations sous formes de « bonnes pratiques », ce rapport a tenté d'apporter des éléments de réponse adaptés au contexte français à partir d'une littérature principalement anglo-saxonne. Néanmoins, pour mettre fin au cycle de la récidive, nous aurions besoin d'une stratégie nationale fondée sur des données probantes afin de garantir que les délinquants atteints de TSAF soient reconnus à un stade précoce et reçoivent les soins adaptés. Or, dans le cas de la France, ces données ne sont pas disponibles.

⇨ *Perspectives de recherche*

Ce constat ouvre sur des perspectives en termes de recherche :

- En premier lieu, il s'agirait de produire des données en France sur l'incidence du TSAF, ses répercussions économiques et en particulier pour le système de justice et sa prévalence dans le milieu carcéral.
- Ensuite, à l'échelle internationale, nous manquons de données sur les pratiques de dépistage sur le terrain et en particulier dans le secteur de la justice, sur les interventions auprès de personnes atteintes de TSAF afin de prévenir la criminalité et de favoriser la réhabilitation, et de données probantes sur les facteurs de protection et les mesures qui limitent la récidive.
- Enfin, comme en témoigne notre rapport, les travaux existants s'intéressent principalement aux personnes ayant des démêlés avec la justice en tant que coupable. Il s'agirait donc de développer des travaux sur les personnes témoins ou victimes, afin que ces dernières puissent avoir un accès équitable au système de justice.

Bibliographie

Abat, Marine. 2018. « Alcoolisation fœtale : La formation des acteurs de la justice des mineurs (enfin) en route ». Zinfos 974, l'info de l'ile de La Réunion. 4 septembre 2018. https://www.zinfos974.com/Alcoolisation-foetale-La-formation-des-acteurs-de-la-justice-des-mineurs-enfin-en-route_a131062.html.

Abel, E. L., et R. J. Sokol. 1991. « A Revised Estimate of the Economic Impact of Fetal Alcohol Syndrome ». *Recent Developments in Alcoholism: An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism* 9: 117-25.

Abkarian, G. G. 1992. « Communication Effects of Prenatal Alcohol Exposure ». *Journal of Communication Disorders* 25 (4): 221-40. https://doi.org/10.1016/0021-9924(92)90017-q.

Agence de la santé publique du Canada. 2003. « Cadre d'action : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Un Cadre d'action ». Politiques;lignes directrices. Rapports et publications de l'Agence de la santé publique du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/ensemble-troubles-causes-alcoolisation-tale-etcaf-cadre-action/ensemble-troubles-causes-alcoolisation-tale-etcaf-cadre-action-1.html.

Astley, S. J., D. Bailey, C. Talbot, et S. K. Clarren. 2000. « Fetal Alcohol Syndrome (FAS) Primary Prevention through Fas Diagnosis: II. A Comprehensive Profile of 80 Birth Mothers of Children with FAS ». *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 35 (5): 509-19. https://doi.org/10.1093/alcalc/35.5.509.

Astley, SJ, et SK Clarren. 2004. « Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Syndrome and Related Conditions: The 4-Digit Diagnostic Code. » 3 rd ed. Washington, DC: University of Washington. https://depts.washington.edu/fasdpn/htmls/4-digit-code.htm.

Baumbach, Jeremy. 2002. « Some Implications of Prenatal Alcohol Exposure for the Treatment of Adolescents with Sexual Offending Behaviors ». *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (4): 313-27. https://doi.org/10.1177/107906320201400403.

Boland, Fred J, Rebecca Burrill, Michelle Duwyn, et Jennifer Karp. 1998. « Syndrome d'alcoolisme foetal : Répercussions pour le service correctionnel ». Rapports de recherche. Service correctionnel Canada. https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/r71e-fra.shtml.

Boland, Fred J, Albert E Chudley, et Brian A Grant. 2002. « Le Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les délinquants adultes : Un défi de taille ». *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle* 14 (3): 69-72.

Boulding, David. Date inconnue. « A Lawyer's Brief on FASD », 16.

———. 2001. « Mistakes I Have Made With Fas Clients ». *Papers for Parents and Ordinary People*, septembre, 10.

———. 2005. « Fetal Alcohol: You and Your Child's Lawyer », 8.

Bourely, Antoine, Catherine Dartiguenave, Véronique Faudou-Sourisse, David Germanaud, Catherine Metelski, et Stéphanie Toutain. 2016. « Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale : GUIDE POUR LES PARENTS & LES AIDANTS ». Association Vivre avec le SAF. http://vivreaveclesaf.fr/uploads/Guide-pour-familles-SAF-28juillet2016.pdf.

Bower, Carol, Rochelle E Watkins, Raewyn C Mutch, Rhonda Marriott, Jacinta Freeman, Natalie R Kippin, Bernadette Safe, et al. 2018. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder and Youth Justice: A Prevalence Study among Young People Sentenced to Detention in Western Australia ». *BMJ Open* 8 (2): e019605. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019605.

Brintnell, E. Sharon, Anjili S. Sawhney, Patricia G. Bailey, Monty Nelson, Ashley D. Pike, et Patricia Wielandt. 2019. « Corrections and Connection to the Community: A Diagnostic and Service Program for Incarcerated Adult Men with FASD ». *International Journal of Law and Psychiatry* 64 (juin): 8-17. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.12.005.

Brown, Jasmine M., Roger Bland, Egon Jonsson, et Andrew J. Greenshaw. 2019. « The Standardization of Diagnostic Criteria for Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): Implications for Research, Clinical Practice and Population Health ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 64 (3): 169-76. https://doi.org/10.1177/0706743718777398.

Brown, Jerrod. 2017. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder and Confabulation: A Clinical, Forensic, and Judicial Dilemma ». *The Journal of Special Populations* 1 (2): 11.

Brown, Jerrod, Jeffrey Long-McGie, Judge Anthony Wartnik, Pamela Oberoi, Janina Wresh, Erv Weinkauf, Gennae Falconer, et Alyse Kerr. 2015. « Fetal Alcohol Spectrum Disorders in the Criminal Justice System: A Review ». *Journal of Law Enforcement* 3 (6): 10.

Brown, Natalie Novick, Larry Burd, Therese Grant, William Edwards, Richard Adler, et Ann Streissguth. 2015. « Prenatal Alcohol Exposure: An Assessment Strategy for the Legal Context ». *International Journal of Law and Psychiatry* 42-43 (décembre): 144-48. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.019.

Brown, Natalie Novick, Anthony P. Wartnik, Paul D. Connor, et Richard S. Adler. 2010. « A Proposed Model Standard for Forensic Assessment of Fetal Alcohol Spectrum Disorders ». *The Journal of Psychiatry & Law* 38 (4): 383-418. https://doi.org/10.1177/009318531003800403.

Centers for Disease Control and Prevention. 2004. « Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis ». Atlanta, Ga.: U.S. Department of Health and Human Services. https://doi.org/10.1037/e408452005-001.

Chandler, Jennifer A. 2015. « The Use of Neuroscientific Evidence in Canadian Criminal Proceedings ». *Journal of Law and the Biosciences* 2 (3): 550-79. https://doi.org/10.1093/jlb/lsv026.

Chapman, Jennifer Lin. 2008. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) and the criminal justice system: An exploratory look at current treatment practices ». PhD Thesis, School of Criminology-Simon Fraser University.

Chartrand, Larry N., et Ella M. Forbes-Chilibeck. 2003. « The Sentencing of Offenders with Fetal Alcohol Syndrome ». *Health Law Journal* 11: 35-70.

Chudley, A, J Conry, A Laporte, T McKee, et L Zenon. 2005. « FASD Guidebook for Police Officers ». Ontario: Royal Canadian Mounted Police.

Clark, Erica, Jan Lutke, Patricia Minnes, et Hélène Ouellette-Kuntz. 2004. « Secondary disabilities among adults with fetal alcohol spectrum disorder in British Columbia ». *J FAS Int* 2.

Clarren, S. K., et D. W. Smith. 1978. « The Fetal Alcohol Syndrome ». *The New England Journal of Medicine* 298 (19): 1063-67. https://doi.org/10.1056/NEJM197805112981906.

Clarren, Sterling, Celeste I. Halliwell, Christine M. Werk, Rolf J. Sebaldt, Annie Petrie, Christine Lilley, et Jocelynn Cook. 2015. « Using a Common Form for Consistent Collection and Reporting of FASD Data from Across Canada: A Feasibility Study ». *Journal of Population Therapeutics and Clinical*

Pharmacology = Journal De La Therapeutique Des Populations Et De La Pharmacologie Clinique 22 (3): e211-228.

Conry, Julianne, et Kwadwo Ohene Asante. 2010. « Youth Probation Officers' Guide to FASD Screening and Referral ». Asante Center for FASD, Founded by the Departement of Justice Canada. www.asantecentre.org.

Conry, Julianne, et Diane K. Fast. 2010. « Les problèmes de santé mentale et le système de justice pénale: le cas des personnes souffrant de troubles causés par l'alcoolisation fœtale ». *Canadian Journal of Community Mental Health* 29 (2): 71-77. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0023.

Cox, Lori Vitale, Donald Clairmont, et Seamus Cox. 2008. « Knowledge and Attitudes of Criminal Justice Professionals in Relation to Fetal Alcohol Spectrum Disorder ». *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology = Journal Canadien De Pharmacologie Clinique* 15 (2): e306-313.

Currie, Beth Anne, Jane Hoy, Lynda Legge, Valerie K. Temple, et Munazza Tahir. 2016. « Adults with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Factors Associated with Positive Outcomes and Contact with the Criminal Justice System ». *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology = Journal De La Therapeutique Des Populations Et De La Pharmacologie Clinique* 23 (1): e37-52.

Douds, Anne S., Holly R. Stevens, et William E. Sumner. 2013. « Sword or Shield? A Systematic Review of the Roles FASD Evidence Plays in Judicial Proceedings ». *Criminal Justice Policy Review* 24 (4): 492-509. https://doi.org/10.1177/0887403412447809.

Douglas, Heather. 2010. « The Sentencing Response to Defendants with Foetal Alcohol Spectrum Disorder ». *Criminal Law Journal,* 34 (4): 221-39.

Douglas, Heather, Janet Hammill, Elizabeth Russel, et Wayne Hall. 2012. « Judicial views of foetal alcohol spectrum disorder in Queensland's criminal justice system ». *Journal of Judicial Administration* 21 (janvier): 178.

FASD Network of Saskatchewan. 2016. « Tips for Justice Workers ». https://www.saskfasdnetwork.ca/resources.

Fast, Diane K., et Julianne Conry. 2009. « Fetal Alcohol Spectrum Disorders and the Criminal Justice System ». *Developmental Disabilities Research Reviews* 15 (3): 250-57. https://doi.org/10.1002/ddrr.66.

Fast, Diane K., Julianne Conry, et C. A. Loock. 1999. « Identifying Fetal Alcohol Syndrome among Youth in the Criminal Justice System ». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP* 20 (5): 370-72. https://doi.org/10.1097/00004703-199910000-00012.

Flannigan, Katherine, Jacqueline Pei, Michelle Stewart, et Alexandra Johnson. 2018. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the Criminal Justice System: A Systematic Literature Review ». *International Journal of Law and Psychiatry* 57 (avril): 42-52. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.008.

Fourmaintraux, Alain. 2016. « Quand le foetus boit : conséquences scolaires et judiciaires ». Conférence aux Amis de l'Université, mars 22.

Fraser, Charlotte. 2018. « Victimes et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) : un examen des questions », 17 septembre 2018. https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr07_vic4/p4.html.

Freckelton, Ian. 2016. « Sentencing Offenders with Foetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): The Challenge of Effective Management ». *Psychiatry, Psychology and Law* 23 (6): 815-25. https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1258752.

Gagnier, Karina Royer, Timothy E. Moore, et Melvyn Green. 2011. « A Need for Closer Examination of FASD by the Criminal Justice System: Has the Call Been Answered? » *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology = Journal De La Therapeutique Des Populations Et De La Pharmacologie Clinique* 18 (3): e426-439.

Gibbs, Anita, et Kesia Sherwood. 2017. « Putting Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) on the Map in New Zealand: A Review of Health, Social, Political, Justice and Cultural Developments ». *Psychiatry, Psychology, and Law: An Interdisciplinary Journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law* 24 (6): 825-42. https://doi.org/10.1080/13218719.2017.1315784.

Glowatzki, Krystal, et Michelle Stewart. 2018. « Victimization in People with FASD ». *CanFASD, Canadian FASD Research Network*, juin, 5.

HAS. 2013. « Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage ». Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé.

Kable, Julie A., et Raja A. S. Mukherjee. 2017. « Neurodevelopmental Disorder Associated with Prenatal Exposure to Alcohol (ND-PAE): A Proposed Diagnostic Method of Capturing the Neurocognitive Phenotype of FASD ». *European Journal of Medical Genetics* 60 (1): 49-54. https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.09.013.

LaDue, Robin A., Ann P. Streissguth, et Sandra P. Randels. 1992. « Clinical considerations pertaining to adolescents and adults with fetal alcohol syndrome ». In *Perinatal substance abuse: Research findings and clinical implications*, 104-31. The Johns Hopkins series in environmental toxicology. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.

Lamblin, Denis. 2010. « 1995-2010, quinze années de prévention des TCAF (troubles causés par l'alcoolisation fœtale) ». *Contraste* N° 33 (2): 239-58.

Lamblin, Denis, Thierry Maillard, et Alain Fourmaintraux. 2010. « Implication de la foetopathie alcoolique dans la délinquance. Rapport pour les tribunaux et le barreau de la Réunion. » SAFFrance, Délégation régionale de la réunion.

Lupton, Chuck, Larry Burd, et Rick Harwood. 2004. « Cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorders ». *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics* 127C (1): 42-50. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30015.

Lynch, Mary Ellen, Claire D. Coles, Tammy Corley, et Arthur Falek. 2003. « Examining Delinquency in Adolescents Differentially Prenatally Exposed to Alcohol: The Role of Proximal and Distal Risk Factors ». *Journal of Studies on Alcohol* 64 (5): 678-86. https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.678.

Malbin, Diane V. 2004. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) and the Role of Family Court Judges in Improving Outcomes for Children and Families ». *Juvenile and Family Court Journal* 55 (2): 53-63. https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2004.tb00161.x.

McLachlan, K., A. McNeil, J. Pei, U. Brain, G. Andrew, et T. F. Oberlander. 2019. « Prevalence and Characteristics of Adults with Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Corrections: A Canadian Case Ascertainment Study ». *BMC Public Health* 19 (1): 43. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6292-x.

McLachlan, Kaitlyn, Ronald Roesch, Jodi L. Viljoen, et Kevin S. Douglas. 2014. « Evaluating the Psycholegal Abilities of Young Offenders with Fetal Alcohol Spectrum Disorder ». *Law and Human Behavior* 38 (1): 10-22. https://doi.org/10.1037/lhb0000037.

McLachlan, Kaitlyn, Katherine Wyper, et Allison Pooley. 2019. « Promising Practices in Substance Abuse Treatment for Justice-Involved Youth with FASD ». Executive Summary. University of Alberta.

Mela, Mansfield, et Glen Luther. 2012. « Fetal alcohol spectrum disorder: Can diminished responsibility diminish criminal behaviour? » *International journal of law and psychiatry* 36 (décembre). https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.11.007.

Mutch, Dr Raewyn, Dr Rochelle Watkins, et Heather Jones. 2013. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Knowledge, Attitudes and Practice within the Western Australian Justice System ». Final Report. Foundation for Alcohol Research & Education.

Oesterheld, Jessica R., et Ann Wilson. 1997. « ADHD AND FAS ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36 (9): 1163. https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00004.

Pei, Jacqueline, Katherine Flannigan, Sarah Keller, Michelle Stewart, et Alexandra Johnson. 2018. « FASD and the Criminal Justice System: A Review ». *CanFASD, Canadian FASD Research Network*, août, 5.

Popova, Svetlana, Shannon Lange, Dennis Bekmuradov, Alanna Mihic, et Jürgen Rehm. 2011. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder Prevalence Estimates in Correctional Systems: A Systematic Literature Review ». *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique* 102 (5): 336-40.

Popova, Svetlana, Brenda Stade, Shannon Lange, Dennis Bekmuradov, et Jürgen Rehm. 2012. « Répercussions économiques du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) et de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) ». Analyse documentaire systématique. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Service de la recherche sociale et épidémiologique.

Rasmussen, Carmen, et Katy Wyper. 2007. « Decision making, executive functioning and risky behaviors in adolescents with prenatal alcohol exposure ». *International Journal on Disability and Human Development* 6 (octobre). https://doi.org/10.1515/IJDHD.2007.6.4.405.

Roach, Kent, et Andrea Bailey. 2010. « The Relevance of Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the Criminal Law from Investigation to Sentencing ». SSRN Scholarly Paper ID 1616843. Rochester, NY: Social Science Research Network. https://papers.ssrn.com/abstract=1616843.

Rogers, Billie Joe, Kaitlyn McLachlan, et Ronald Roesch. 2013. « Resilience and Enculturation: Strengths among Young Offenders with Fetal Alcohol Spectrum Disorder ». *First Peoples Child & Family Review* 8 (1): 62-80.

Schacht, Robert M, et Robin A. LaDue. 2003. « Fetal Alcohol Syndrome and Associated Disabilities: A Training Manual to Aid in Vocational Rehabilitation and Other Non-Medical Services ». Flagstaff: AZ: American Indian Rehabilitation Research and Training Center.

Sokol, Robert J., Virginia Delaney-Black, et Beth Nordstrom. 2003. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder ». *JAMA* 290 (22): 2996-99. https://doi.org/10.1001/jama.290.22.2996.

Stade, Brenda, Alaa Ali, Dainel Bennett, Douglas Campbell, Mary Johnston, Cynthia Lens, Sofia Tran, et Gideon Koren. 2009. « The Burden of Prenatal Exposure to Alcohol: Revised Measurement of

Cost ». *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology = Journal Canadien De Pharmacologie Clinique* 16 (1): e91-102.

Stewart, Michelle, et Krystal Glowatski. 2014. « Front-Line Police Perceptions of Fetal Alcohol Spectrum Disorder in a Canadian Province ». *The Police Journal* 87 (1): 17-27. https://doi.org/10.1350/pojo.2014.87.1.648.

Stratton, K, C Howe, et F Battagial. 1996. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. National Academic Press. Washington, DC. https://doi.org/10.17226/4991.

Streissguth, A. P. 1997. *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*. Brookes Publishing. Vol. 15. Baltimore: Elsevier. https://archive.org/details/fetalalcoholsyndr00stre.

Streissguth, A. P., J. M. Aase, S. K. Clarren, S. P. Randels, R. A. LaDue, et D. F. Smith. 1991. « Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults ». *JAMA* 265 (15): 1961-67.

Streissguth, A. P., H. M. Barr, J Kogan, et F.L. Bookstein. 1996. « Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) : Final Report ». Final Report. Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit. http://archive.org/details/understandingocc00stre.

Streissguth, A. P., Fred L. Bookstein, Helen M. Barr, Paul D. Sampson, Kieran O'Malley, et Julia Kogan Young. 2004. « Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects ». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP* 25 (4): 228-38. https://doi.org/10.1097/00004703-200408000-00002.

Streissguth, A. P., et J. Kanter. 1997. *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*. University of Washington Press. https://www.jstor.org/stable/j.ctvcwnwhn.

Streissguth, A. P., et S. Randels. 1988. « Long term effects of fetal alcohol syndrome ». In *Alcohol and Child/Family Health*, par C Robinson et R. W Armstrong, University of British Columbia, pp.135-150. Vancouver.

Streissguth, A. P., P. D. Sampson, H. C. Olson, F. L. Bookstein, H. M. Barr, M. Scott, J. Feldman, et A. F. Mirsky. 1994. « Maternal Drinking during Pregnancy: Attention and Short-Term Memory in 14-Year-Old Offspring--a Longitudinal Prospective Study ». *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 18 (1): 202-18. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1994.tb00904.x.

Sullivan, P. M., et J. F. Knutson. 2000. « Maltreatment and Disabilities: A Population-Based Epidemiological Study ». *Child Abuse & Neglect* 24 (10): 1257-73. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00190-3.

Tait, Caroline L., Mansfield Mela, Garth Boothman, et Melissa A. Stoops. 2017. « The Lived Experience of Paroled Offenders with Fetal Alcohol Spectrum Disorder and Comorbid Psychiatric Disorder ». *Transcultural Psychiatry* 54 (1): 107-24. https://doi.org/10.1177/1363461516689216.

Thanh, Nguyen Xuan, et Egon Jonsson. 2015. « Costs of Fetal Alcohol Spectrum Disorder in the Canadian Criminal Justice System ». *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology = Journal De La Therapeutique Des Populations Et De La Pharmacologie Clinique* 22 (1): e125-131.

The FASD Justice Committee. 2007. « FASD and the Justice System ». 2020 2007. https://www.fasdjustice.ca/.

Thiel, Karen Smith, Nora J. Baladerian, Katharine R9. Boyce, Olegario D. Cantos, Leigh Ann Davis, Kathryn Kelly, Kathleen Tavenner Mitchell, et James Stream. 2011. « Fetal Alcohol Spectrum

Disorders and Victimization: Implications for Families, Educators, Social Services, Law Enforcement, and the Judicial System ». *The Journal of Psychiatry & Law* 39 (1): 121-57. https://doi.org/10.1177/009318531103900105.

UNAFAM. 2018. « Comment aider un proche malade psychique conronté à la justice pénale ? » Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Varescon, Isabelle, Justine Gaugue-Finot, et Jaqueline Wendland. 2006. « Le syndrome d'alcoolisation fœtale : état de la question ». *Psychotropes* Vol. 12 (1): 113-24.

Verbrugge, Paul. 2003. « Le trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) et le système de justice pénale pour les adolescents : document de travail ». Ministère de la justice Canada, Recherche sur la justice pour les jeunes.

Vivre avec le SAF. s. d. « Les Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale : Police et justice : les clés pour se comprendre et communiquer ». Information pour les professionnels de la Police et de la Justice. http://vivreaveclesaf.fr/uploads/images/ressources/brochuredepliants/depliantjusticeweb.pdf.

Annexes

Annexe 1. Synthèses des troubles et incapacités en fonction du cycle de vie (Boland et al. 1998)

ETAPE DU CYCLE DE VIE	TROUBLES ET INCAPACITES
Petite enfance	– signes d'éveil exagérés, une structure perturbée du sommeil, des symptômes gastro-intestinaux, des réflexes hyperactifs et d'autres signes typiques de comportement de retrait – retards de croissance, des retards dans le développement, une dysfonction motrice et des problèmes cardiaques – problèmes de régulation et des retards dans l'acquisition de certaines habiletés
Enfants d'âge préscolaire (2 ans et demi à 6 ans)	– déficiences cognitives – trouble déficitaire de l'attention – signes d'hyperactivité, d'agressivité et d'intrépidité, un retard dans l'acquisition du langage, des difficultés de perception et un comportement perturbé
Enfants d'âge scolaire (6 à 13 ans)	– présentés comme des enfants incapables de demeurer tranquilles en classe et de porter attention aux tâches scolaires – du mal à traiter de nombreuses données sensorielles et éprouvent de sérieuses difficultés dans leurs relations avec leurs pairs – dès le début de l'âge scolaire, on signale également que ces enfants sont «sans pitié», et qu'ils n'arrivent pas à tirer de leçons de leurs erreurs, qu'ils manquent de jugement, qu'ils sont agressifs de façon inhabituelle et qu'ils sont incapables d'entretenir des amitiés – Déficits de l'attention – Hyperactivité. – Difficultés d'apprentissage – Déficits dans le traitement de l'information – Déficiences de la mémoire – Difficultés de communication.
Adolescence et âge adulte	– déficits importants de l'intelligence, des difficultés d'apprentissage marquées, de mauvais résultats scolaires et des troubles de comportement social graves. – Ces jeunes risquent beaucoup plus que les autres jeunes du même âge de faire un usage excessif de substances psychoactives. – les problèmes comportementaux et psychopathologiques, qui semblent s'intensifier à l'adolescence, sont perçus par bien des gens comme les conditions plus débilitantes qui affectent ces personnes. – un nombre accru d'échecs et une diminution de la satisfaction en classe, un isolement social accru, une faible estime de soi et de la dépression. – le groupe de pairs qu'ils attirent peut être imprévisible et devenir une source de comportements anormaux, tels que l'alcoolisme et la

	toxicomanie, des activités sexuelles déséquilibrées, de même que de violence et de vandalisme. – Il semble que les comportements inadaptés les plus fréquemment observés étaient une mauvaise concentration et le manque d'attention, la dépendance, l'entêtement ou une humeur maussade, le retrait social, les taquineries et les brutalités, le déclenchement trop facile de pleurs et de rires, l'impulsivité et des périodes d'anxiété élevée.

Annexe 2. Outil de dépistage et d'orientation à destination des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (*FASD Screening and Referral Tool for Youth Probation Officers*)

Appendix B: FASD Screening and Referral Tool for Youth Probation Officers

The FASD Screening and Referral Tool for Youth Probation Officers is also available for download in printable format at www.asantecentre.org

Name of Probation Officer: _____ Date: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

Address: _____

Email: _____

O Received mandatory guardian consent to refer youth for an FASD assessment

Background Information

Name of Youth: _____

Date of birth: _____ Age_____ oMale oFemale

Ethnicity: O Caucasian O Aboriginal O Asian

O South Asian O Black O Other

Has the youth been assessed at any of the following?

	Name of agency	Date of Assessment
Psychoeducational assessment	_____	_____
Hospital/private psychiatric assessment	_____	_____
Youth Forensic psychiatric assessment	_____	_____
Mental health assessment	_____	_____
Other specialized facility	_____	_____

Legal Guardian:

O Birth Parent(s) O Adoptive Parent(s) O Social Worker O Other

Name: _____

Address: _____

Phone #:_____ Fax #:_____

Youth currently resides with:

O Birth Mother O Birth Father O Adoptive Parent(s) O Foster Parent

O Group Home O Custody Centre O Other_____

Name of caregiver: _____

Address: _____

Phone #:_____

Screening Checklist

Please check all boxes in sections A and B that apply to this youth.

A. SOCIAL FACTORS

O Youth is adopted

O Youth has been in foster care or involved with child protection services

O Youth has a sibling with a documented diagnosis of FAS/pFAS/ARND

O There is documentation that youth is *suspected* of having FAS/pFAS/ARND

O Youth's mother has a history of alcoholism or known prenatal alcohol use

B. PERSONAL FACTORS

O Developmental delay in early childhood (e.g., required speech/language therapy, occupational therapy or child development services prior to school entry)

O School learning difficulties (e.g., required learning assistance, modified or special program, school failure or drop-out for academic reasons

O Growth deficiency (i.e., short height or low weight)

O Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD or ADD)

O Other mental health diagnosis

oAnxiety oPost Traumatic Stress Disorder

oDepression oOppositional Defiant Disorder

oConduct Disorder oSubstance Misuse Disorder

oAttachment Disorder oUnknown

oOther _____

Using the information in A and B previous, refer for an FASD assessment if youth meets the following criteria:

O One Social Factor (Section A) PLUS at least Two Personal Factors (Section B)

OR

O No Social Factors (Section A) PLUS at least Three Personal Factors (Section B)

Is there documentation in medical, social service, and or court records that the youth already has a diagnosis of FAS/pFAS/ARND or FAE.

O Yes O No

If yes, who made the diagnosis: _____

Date of diagnosis: _____

Location: _____

Case Management

Has youth been in custody: O Yes O No

Date of next court appearance: _____

Probation expiry date: _____

What offences has the youth committed (Please check all that apply and date):

O Break and enter
O Theft under $5000
O Robbery
O Theft over $5000
O Assault
O Murder/manslaughter
O Possession/use of a weapon
O Possession of stolen property
O Dangerous driving offence
O Solicitation/prostitution
O Sexual offence
O Mischief to property
O Arson
O Public mischief
O Fraud
O Drug charges
O Kidnapping
O Breach/failure to comply
O Obstruction of justice
O Theft of a vehicle
O Assault causing bodily harm/aggravated assault
O Possession of break-in instruments
O Uttering threats to cause death/bodily harm
O Other:_____

Does youth have an Intensive Support and Supervision Program (ISSP) worker or other one-to-one worker: O Yes O No

Name of worker: _____

Agency: _____ Phone #: _____

Does youth have a non-guardian social worker: O Yes O No

Name of social worker _____ Phone #_____

Is youth currently attending school: O Yes O No

If yes, does the youth attend:

O Regular School O Alternate School O Home School

Has youth received alcohol and drug treatment O Yes O No

Has youth received mental health counseling O Yes O No

Is youth currently taking medications: O Yes O No

If yes, please list: _____

Behaviour Checklist:

Which of the following behaviours characterize this youth (Please check all that apply):

O Attention seeking, demanding, loud

O Impulsive

O Misuse of alcohol and other drugs

O Anger control problem

O Easily manipulated and led by others

O Socially inept/immature

O Has a high need for acceptance

O Concrete and literal thinker

O Poor understanding of personal boundaries

O Chronically misses appointments

O Disinhibited about sharing personal information

O Has trouble following rules or requirements

O Poor decision maker, poor problem solver, lacks insight

O Does not understand effects of his/her actions on others

O Requires supervision and management of time and money

Referral for an FASD assessment

Agency: _____

Contact_____

Date referral was sent: _____

Name of Person Completing Form (If different from Youth Probation Officer):

_____ Date: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

Address: _____

Annexe 3. Témoignage d'un jeune homme atteint de TSAF, en détention provisoire à Fresnes

P. est un jeune homme de l'association Vivre avec le SAF. Il est né en Russie en décembre 1999, a été adopté par sa mère en mars 2004 et a été diagnostiqué TSAF en décembre 2015 par le Dr Germanaud à l'hôpital Robert-Debré à Paris.

J'ai commencé à avoir des problèmes avec la justice courant 2015.

Comme j'ai des problèmes de mémoire, je ne me souviens plus très bien des procédures en tant que mineur.

Je me souviens mieux des dernières procédures, alors que je suis majeur : août 2018 et octobre 2018.

Au commissariat : j'ai indiqué que j'avais des difficultés (expression et compréhension) et pour moi tout ce qui se passait était confus, mais personne ne m'a posé de question sur mes troubles.

Garde à vue : j'ai vu un psychiatre comme le veut la loi, j'ai essayé de lui parler mais il m'a répondu "qu'il n'était pas là pour ça", il voulait juste savoir si je n'avais pas de blessure, je lui ai montré mes scarifications mais dans son regard j'ai vu que cela n'avait pas d'importance pour lui.

Aucun policier ne m'a interrogé sur mon TSAF, sauf les policiers de Paris et la juge d'instruction de Paris.

Pendant ma dernière garde à vue à Paris avant présentation au juge, j'ai été emmené à Sainte Anne, j'ai un peu parlé au psychiatre de garde, il n'a pas pris en compte mon handicap, j'ai dit que je me scarifiais beaucoup et là ils m'ont mis dans une chambre, attaché sur un lit et j'ai pleuré toute la nuit jusqu'au lendemain.

Fresnes : tout va tellement vite que je comprends pas tout ce qui se passe. Étant au quartier des arrivants j'attends le lendemain pour rencontrer un psychiatre. Je lui explique mes difficultés et pourquoi je suis là, j'ai montré mes bras avec les nombreuses scarifications ; le psychiatre m'oriente alors vers le QSA (quartier de santé aménagée).

Cela veut dire que je serai seul dans une cellule. Les gardiens : certains ne comprenaient absolument pas mes difficultés (compréhension lente, difficultés à me faire comprendre). Je n'ai jamais pu avoir accès au téléphone car je ne comprenais pas les explications et pourquoi cela ne fonctionnait pas, personne ne m'a aidé, alors que ma mère avait viré de l'argent pour que je puisse lui téléphoner. J'ai été en détention provisoire du 16 avril au 27 décembre. Je suis actuellement en contrôle judiciaire strict (interdiction de sortir de la maison sauf pour les soins et recherche de stage). Je suis suivi par un contrôleur judiciaire. Je suis également suivi par le SPIP, suite à ma première condamnation, je vois pas à quoi cela sert car ils ne font rien pour moi, j'ai même du leur rappeler que j'avais un handicap et que je ne pouvais trouver d'activité qu'en ESAT ! Alors qu'ils me demandaient de trouver un travail !!!

Témoignage de la maman :

À chaque fois que mon fils avait à faire avec la police ou la justice, je présentais le certificat médical du docteur GERMANAUD, ainsi que les plaquettes de l'association sur le SAF je n'ai jamais eu l'impression que cela intéressait qui que ce soit et surtout cela était totalement inconnu pour eux.

J'insistais sur les problèmes de mémoire, d'absence de compréhension « fine », de risque suicidaire mais aucun retour !

Il me semble que certains juges pouvaient être amenés à se poser des questions, mais pas le temps de comprendre, pas de structure pouvant les aider et psychiatrie « à la ramasse ».

La prison a été une énorme épreuve pour mon fils : perte de tous ses repères, du jour au lendemain

seul à se gérer. J'allais le voir deux fois par semaine durant 45mn.

Lors de notre première rencontre, après un mois d'incarcération, il était méconnaissable (sale, ...), il avait lâché prise. Les premières 45mn ont servi à remettre « les points sur les i et barres sur les t » : comment organiser ses journées, se laver tous les jours ainsi que les dents, ne pas mélanger le linge sale et propre,..... aller obligatoirement aux deux sorties dans la cour de promenade, ne pas faire confiance, ne pas dire pourquoi il est là,.....

Durant son incarcération il a fait deux tentatives de suicide, la dernière plus sérieuse ce qui a amené le contrôle judiciaire actuel.