_____ Rapport de recherche _____

Évaluation des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les délinquantes

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2015 Nº R-346

Évaluation des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les délinquantes

Pamela Forrester

Christopher G. Davis

Andrea Moser

Patricia MacPherson

Renée Gobeil

Service correctionnel du Canada

et

Albert E. Chudley

Université du Manitoba

Mai 2015

Remerciements

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier Nancy Poole et Jan Ludke pour leur examen d'une première analyse documentaire portant sur les différences entre les sexes en ce qui a trait aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) et pour leur expertise dans le domaine des interventions auprès des délinquantes atteintes de TCAF. Leurs commentaires ont contribué à donner le ton à ce projet et à assurer qu'il demeure se déroule dans le respect des délinquantes en cause.

Krista Poole, agente de liaison en recherche, était chargée d'organiser la collecte des données et d'assurer le suivi auprès des délinquantes atteintes de TCAF ou soupçonnées de l'être. Elle a également dirigé des séances de sensibilisation du personnel et des délinquantes. La gestionnaire de projet, Amanda Brazil, a assuré la coordination du projet durant plusieurs mois et a joué un rôle déterminant dans le maintien de l'orientation de la recherche afin qu'elle demeure axée sur les délinquantes. Nous remercions les psychométristes, Mary-Ann MacSwain, Sarah Williams et Lindsay Leighton, pour leur excellent travail et leur souplesse, ainsi que les psychologues Bill O'Leary et Robert J. McInerney pour leur rôle en tant que formateurs et superviseurs relativement aux tests neuropsychologiques. Miriah McIsaac a assuré la réception et la saisie des données, et Mindy White a contribué entre autres à la saisie et à l'organisation des données.

Nous tenons à exprimer notre gratitude au personnel et à la direction de l'établissement pour femmes où l'étude a été menée. Leur soutien continu du projet de recherche en soi, leur participation aux séances de sensibilisation et leur volonté de s'informer sur les TCAF pour aider autrui ont été très appréciés.

Enfin, ce projet a exigé beaucoup de temps et d'énergie de la part des participantes. Les TCAF peuvent être un sujet délicat, et les auteurs tiennent à témoigner leur reconnaissance aux délinquantes qui ont accepté de participer à l'étude, à les remercier de l'avoir fait et à souligner l'importance de leurs contacts avec des tiers, le cas échéant. Sans leur participation, cette étude n'aurait pas été possible.

Résumé

Mots clés : *ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, délinquantes, dépistage*

L'appellation « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF) est une expression générale qui regroupe les anomalies congénitales qui peuvent découler de l'exposition prénatale à l'alcool. Il importe d'examiner l'ETCAF dans les populations carcérales parce que de nombreux déficits liés à ces troubles peuvent nuire à la capacité des délinquants de s'adapter au milieu carcéral ou de profiter pleinement des interventions et des services qui leurs sont offerts. Bien qu'on soupçonne fortement les TCAF d'être beaucoup plus répandus chez les délinquants que dans la population générale du Canada, leur prévalence estimative varie à cause des limites des démarches classiques quant au dépistage de ces troubles chez l'adulte.

Un outil de dépistage des TCAF (liste de contrôle brève pour le dépistage de l'ETCAF – LCB), qui a déjà été mis à l'essai auprès de délinquants de sexe masculin, s'est révélé efficace pour ce qui est de distinguer les hommes atteints de TCAF des hommes atteints de déficits cognitifs non liés aux TCAF ou de ceux qui sont exempts de déficit cognitif. La présente étude vise à vérifier si une version modifiée de cet outil, la liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF chez les délinquantes (LCB-D), constitue un moyen aussi efficace de reconnaître les cas de TCAF chez les délinquantes. En tout, 23 délinquantes ont participé à l'étude. En plus de répondre à la LCB-D, les participantes ont passé une batterie de tests neuropsychologiques et participé à une entrevue médicale initiale, durant laquelle on a photographié leur visage pour dépister les traits faciaux caractéristiques de l'ETCAF. L'atteinte de TCAF a été établie conjointement par un médecin expérimenté dans ce domaine, un neuropsychologue et un membre de l'équipe de recherche.

Dans le cadre de cette étude, un TCAF probable a été dépisté chez 4 des 23 participantes. Des déficits cognitifs sans lien avec un TCAF ont été constatés chez 5 délinquantes et 9 autres délinquantes n'étaient atteintes d'aucun déficit cognitif. On a classé 5 délinquantes dans la catégorie « diagnostic incertain » parce qu'elles présentaient certaines caractéristiques de TCAF sans remplir tous les critères nécessaires. La LCB-D a effectivement permis de distinguer les cas de TCAF probable des autres cas de déficits cognitifs non liés aux TCAF ou d'absence de déficit, et les données préliminaires en appuient l'applicabilité chez les délinquantes.

Les tendances entourant les résultats de la comparaison entre toutes les délinquantes ayant des symptômes de TCAF et les autres délinquantes concordaient avec les attentes fondées sur la littérature. Par rapport aux autres, il était notamment plus probable que les délinquantes présentant des symptômes de TCAF aient été adoptées ou placées en famille d'accueil et qu'elles aient eu un certain nombre de problèmes sociaux : des problèmes à l'école ou au travail, des difficultés liées à l'emploi, à la maîtrise de soi et aux aptitudes sociales ou de la difficulté à comprendre les conséquences de leur comportement. De plus, presque toutes les délinquantes ayant des symptômes de TCAF ont fait l'objet d'un diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), soit une proportion plus de deux fois plus élevée que chez les délinquantes ayant un autre type d'atteinte du SNC ou celles n'ayant aucun déficit cognitif.

Dans l'ensemble, les résultats préliminaires portent à penser que la LCB-D pourrait servir à cerner les délinquantes probablement atteintes de TCAF. Étant donné les répercussions des TCAF sur l'adaptation des délinquantes au milieu carcéral, et possiblement sur leur capacité de

profiter pleinement des interventions correctionnelles, un outil de dépistage efficace des TCAF serait très utile en milieu correctionnel.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Liste des tableaux vi
Liste des annexes vi
Introduction 1
ETCAF 1
Diagnostic des TCAF chez les délinquants 3
TCAF : différences entre les hommes et les femmes 4
But de l'étude 4
Méthode 5
Participantes 5
Procédure 5
Sources des données 6
Analyse des données 8
Résultats 10
Classement par catégorie diagnostique 10
LCB-D 10
Différences entre les catégories diagnostiques 12
Discussion 18
Limites et points forts 20
Conclusion 21
Bibliographie 22

Liste des tableaux

Tableau 1 *Classement des délinquantes par catégorie diagnostique* 10

Tableau 2 *Indicateurs comportementaux de la LCB-D : Scores totaux* 11

Tableau 3 *Indicateurs de la LCB-D - Antécédents personnels et familiaux* 13

Tableau 4 *Indicateurs de la LCB-D – Consommation de substances par la mère* 14

Tableau 5 *Besoins liés aux facteurs criminogènes* 15

Tableau 6 *Entrevue médicale initiale – Indicateurs relatifs aux antécédents* 16

Tableau 7 *Entrevue médicale initiale – Indicateurs relatifs aux problèmes liés aux compétences de base* 17

Liste des annexes

Annexe A – Liste de contrôle brève pour le dépistage des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF)..... 26

Annexe B – Tests neuropsychologiques ayant servi à l'évaluation des TCAF 36

Annexe C – Entrevue médicale initiale 38

Annexe D – Scores LCB-D moyens par indicateur comportemental, écart-type et corrélation entre chaque élément et le score total 46

Introduction

Des projets de recherche antérieurs ont permis de constater que les personnes atteintes de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) sont plus susceptibles d'avoir des démêlés avec la justice (Streissguth et coll., 2004), et que les TCAF sont plus fréquents dans les populations carcérales que dans la population générale (Boland, Burrill, Duwyn et Karp, 1998; MacPherson, Chudley et Grant, 2011). Il importe d'examiner les TCAF dans les populations carcérales parce que bon nombre des déficits liés à ces troubles peuvent nuire à la capacité des délinquants de s'adapter au milieu carcéral ou de profiter pleinement des interventions et des services qui leurs sont offerts. Cependant, il est difficile de confirmer la présence de ces troubles chez l'adulte, et tout particulièrement en milieu correctionnel, en raison de facteurs tels que l'absence d'outils de dépistage validés et l'existence de critères diagnostiques rigoureux comme la confirmation de la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse (Chudley, Kilgour, Cranston et Edwards, 2007). Or, un outil d'auto-évaluation récemment conçu et mis à l'essai chez des délinquants adultes, la liste de contrôle brève (LCB), s'est révélé un moyen prometteur de reconnaître les TCAF (MacPherson et coll., 2011). Cette mise à l'essai initiale ne visait toutefois que les délinquants de sexe masculin. La présente étude visait à évaluer si une version modifiée de cet outil, soit la liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF chez les délinquantes (LCB-D), constitue un moyen aussi efficace de reconnaître les cas de TCAF chez les délinquantes.

ETCAF

L'appellation « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF) est une expression générale qui regroupe les anomalies congénitales qui peuvent découler de l'exposition prénatale à l'alcool. Les diagnostics regroupés sous ce terme illustrent l'étendue de l'atteinte (Chudley et coll., 2005). La plus visible des manifestations de l'ETCAF, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), se reconnaît à trois grandes caractéristiques : un important retard de croissance prénatal et/ou postnatal, de graves atteintes du système nerveux central (SNC) et la présence de trois traits faciaux caractéristiques (fentes palpébrales courtes, ou paupières courtes, philtrum ou espace sous-nasal lisse ou aplati et lèvre supérieure mince) (Chudley et coll., 2005; Chudley et coll., 2007). Parmi les autres anomalies congénitales possibles figurent des anomalies

cardiaques, rénales ou osseuses, la fente palatine, des malformations cérébrales, une atteinte visuelle et auditive, des troubles convulsifs et d'autres anomalies physiques (Chudley et coll., 2005). Par ailleurs, bien des personnes atteintes de TCAF n'ont pas de retard de croissance ni d'anomalie faciale visible, mais souffrent des mêmes déficits nerveux centraux touchant l'apprentissage, le jugement et la résolution de problèmes. Si leur classification diagnostique a évolué au fil des ans, les TCAF comprennent maintenant les entités suivantes : SAF avec et sans confirmation de l'exposition à l'alcool, SAF partiel et trouble neurologique du développement lié à l'alcool (TNDLA) (Chudley et coll., 2005; Chudley, Kilgour, Cranston et Edwards, 2007).

Comme les effets de l'exposition prénatale à l'alcool sont nombreux, il n'existe pas de profil cognitif commun à tous les sujets atteints. Chez le fœtus, l'étendue des lésions dépend de nombreux facteurs, dont le moment, l'intensité et la fréquence de l'exposition à l'alcool (Gibbard, Woas et Clarke, 2003). Les déficiences liées aux TCAF peuvent être primaires ou secondaires (Streissguth, 1997). Les déficiences primaires découlent de l'interaction directe entre l'alcool et le développement des systèmes organiques du fœtus, et peuvent se manifester par un déficit intellectuel et des problèmes d'apprentissage, une invalidité physique, une hyperactivité, un déficit d'attention et/ou de mémoire, une incapacité de maîtriser la colère, de la difficulté à résoudre des problèmes et une inhibition de la croissance (Boland, Chudley et Grant, 2002; Burd, Selfridge, Klug et Juelson, 2003; Chudley et coll., 2005; Streissguth, 1994). Les déficiences secondaires réunissent les conséquences comportementales, sociales et psychiatriques des lésions cérébrales, parmi lesquelles figurent les troubles de santé mentale (dépression, anxiété, troubles psychotiques et trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention [THADA]), les problèmes à l'école, les difficultés liées à l'emploi, les comportements sexuels déplacés, la victimisation et les démêlés avec la justice. En effet, comme ils ont une moins grande capacité d'apprentissage, de raisonnement et de compréhension des conséquences de leurs actes, bien des adolescents et des adultes atteints de TCAF ont des démêlés avec le système de justice pénale (Streissguth et coll., 1991). De plus, leurs déficiences nuisent à leur adaptation au milieu correctionnel et les rendent plus susceptibles de commettre des actes de violence ou d'en être victimes (Mullins, MacPherson, Moser et Matheson, 2014).

Diagnostic des TCAF chez les délinquants

Même dans des circonstances normales, les TCAF sont difficiles à diagnostiquer chez l'adulte – il est notamment très difficile de s'informer sur la consommation d'alcool de la mère après de nombreuses années –, mais ils le sont tout particulièrement en milieu correctionnel. En outre, les TCAF surviennent souvent en présence d'autres troubles mentaux comme la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie (Famy, Streissguth et Unis, 1998), qui peuvent en masquer les symptômes. Qui plus est, certaines caractéristiques sociales et intellectuelles des TCAF, comme le déficit d'attention, les troubles d'apprentissage, les problèmes de toxicomanie et l'impulsivité, sont répandues chez les délinquants qui ne sont pas atteints de TCAF (Boe, Nafekh, Vuong, Sinclair et Cousineau, 2003; MacPherson et coll., 2011). Malgré ces points communs, il demeure important de cerner les délinquants atteints de TCAF parce que leurs déficits comportementaux et cognitifs sont généralement plus graves et complexes que ceux de leurs homologues qui ne sont pas atteints de TCAF.

Les chercheurs ont constaté que les TCAF sont généralement plus fréquents dans les populations de délinquants (Boland, Chudley et Grant, 2002; Fast et Conry, 2004) qu'ailleurs. Au cours d'une étude menée récemment auprès d'un petit nombre de délinquants de sexe masculin d'origine canadienne dans un pénitencier fédéral, la fréquence de TCAF s'est révélée environ dix fois plus élevée que celle estimée dans la population canadienne générale (MacPherson et coll., 2011). Dans le rapport de cette étude, les auteurs décrivent la conception et l'utilisation d'un outil de dépistage abrégé, la liste de contrôle brève (LCB), qui permet de reconnaître les cas de TCAF chez des délinquants adultes de sexe masculin (MacPherson et coll., 2011). Ils ont examiné les réponses aux 48 éléments de cet outil axés sur le comportement et les antécédents des délinquants, ainsi que la toxicomanie de leurs mères, de concert avec les données médicales, les résultats de l'évaluation neuropsychologique et de l'examen des caractéristiques faciales, et d'autres renseignements, afin de valider cet outil et d'évaluer la prévalence des TCAF dans la population carcérale. Leurs observations étayent l'emploi de cet outil et indiquent que 9 (10 %) des 91 délinquants adultes de sexe masculin examinés étaient atteints de TCAF. Les auteurs du rapport mentionnent qu'il s'agit vraisemblablement d'une évaluation prudente, car ils ont classé 14 des sujets dans la catégorie « diagnostic incertain » ou soupçonné par manque de données. Comme nous l'avons déjà dit, cette étude ne visait que les délinquants de sexe masculin, et il n'existe encore aucun outil de dépistage des TCAF à l'intention des délinquantes.

TCAF : différences entre les hommes et les femmes

Bien que l'on n'ait pas observé d'écart sexospécifique dans la prévalence des TCAF chez les délinquants, on pourrait avancer l'hypothèse que les TCAF et les troubles concomitants ne se manifestent pas de la même manière selon le sexe de la personne atteinte. Les travaux portant sur ce point ont toutefois donné des résultats qui soit sont contradictoires soit ne font état d'aucune différence. Par exemple, en ce qui a trait à la prévalence du THADA concomitant, certaines études axées sur des enfants atteints de TCAF ont permis de constater que le diagnostic de THADA était significativement plus probable chez les garçons que les filles (Herman, Acosta et Chang, 2008), tandis que d'autres chercheurs ont observé des scores d'inattention plus élevés chez les filles que les garçons (Ramussen, Horne et Witol, 2006). De même, on n'a pas observé d'écart notable entre les hommes et les femmes atteints de TCAF pour ce qui est de la fréquence de dépression (Famy, Streissguth et Unis, 1998) ou des troubles liés à l'utilisation de substances (Classen, Smylie et Hapke, 2009; Famy et coll., 1998).

But de l'étude

La présente étude constitue une première étape visant à commencer à combler les lacunes en ce qui a trait à l'étude des TCAF chez les délinquantes adultes. Elle portait donc sur la reconnaissance et les manifestations des TCAF chez ces personnes. Pour dépister les TCAF, on a modifié la liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF mis à l'essai à l'origine auprès de délinquants de sexe masculin (MacPherson et coll., 2011) pour l'adapter aux délinquantes, et on a évalué l'utilité de cet outil pour le dépistage au sein de cette population. À partir des résultats obtenus avec la LCB, on a réalisé le profil des délinquantes dont l'atteinte de TCAF est présumée ou confirmée, pour le comparer à celui des détenues qui ne remplissaient pas les critères diagnostics sur les plans du comportement, des antécédents familiaux et criminels, des besoins liés aux facteurs criminogènes et des données médicales.

Méthode

Participantes

Les participantes ont été recrutées dans un établissement correctionnel fédéral pour femmes au Canada. Pour être admissibles, elles devaient être âgées de 35 ans ou moins[1] et avoir encore au moins 3 mois à purger avant leur mise en liberté (pour disposer de suffisamment de temps pour réaliser tous les éléments de l'étude). Durant la période de recrutement qui s'est étalée de septembre 2011 à novembre 2012, 47 délinquantes ont rempli les critères d'admission et 29 d'entre elles ont accepté de participer. Après le retrait de 6 des sujets recrutés, l'échantillon final comprenait 23 délinquantes (10 de race blanche, 9 Autochtones et les autres d'une autre origine ethnique). L'âge moyen des participantes était de 28 ans (écart-type de 5,3).

Procédure

Avant le recrutement des participantes, toutes les délinquantes de l'établissement avaient été invitées à une séance d'information sur les TCAF et informées qu'une étude portant sur les TCAF aurait lieu au cours des prochains mois. Les participantes qui remplissaient les critères d'admission ont ensuite reçu, par l'intermédiaire du service postal de l'établissement, une lettre dans laquelle on leur fixait rendez-vous avec un membre de l'équipe de recherche. Le but et le déroulement de l'étude ont été expliqués en détail, verbalement et par écrit, durant la première entrevue aux fins de recrutement. Les délinquantes qui souhaitaient participer ont donné leur consentement éclairé et autorisé la consultation du dossier médical lié à leur naissance et de leur dossier médical en établissement, ainsi que la prise de photographies numériques – en vue de leur analyse au moyen d'un logiciel d'analyse du visage aux fins de reconnaissance du SAF - et l'autorisation de communiquer avec d'autres sources d'information dans la collectivité (c.-à-d., mère biologique, membres et amis proches de la famille)[2]. Durant la première entrevue, les participantes ont également rempli la liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF chez les délinquantes (LCB-D). Durant les rencontres suivantes, elles ont fait l'objet d'une entrevue médicale initiale, de tests neuropsychologiques axés sur le fonctionnement du système nerveux

[1] Nous avons opté pour cette tranche d'âge afin de maximiser les chances d'obtenir des dossiers médicaux complets.

[2] Nous avons également demandé aux participantes de désigner deux autres personnes qui connaissaient leur mère au moment de leur naissance (pour confirmer la consommation d'alcool par la mère). Cependant, les données fournies par ces personnes n'ont pas été incluses dans l'analyse en raison du petit nombre de mères et de tiers participants.

central (SNC) et d'un bref examen médical (10 minutes) mené par le médecin de l'étude grâce à la télémédecine.

Après l'examen médical, l'évaluation neuropsychologique et les autres mesures, le médecin, le neuropsychologue et l'agente de liaison en recherche ont tenu une conférence de cas pour établir les diagnostics. Ils ont classé les participantes dans quatre catégories à la lumière des résultats obtenus : TCAF probable, diagnostic incertain, atteinte du SNC et absence de déficit. Pour arriver au diagnostic de TCAF probable, ils ont évalué quatre critères conformément aux lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic des TCAF (Chudley et coll., 2005) : développement prénatal et postnatal, caractéristiques faciales, atteinte du SNC et exposition prénatale à l'alcool. Au cours des séances de debriefing individuelles, l'agente de liaison en recherche a informé les participantes des résultats de leur évaluation et leur a remis une lettre du neuropsychologue et une lettre du médecin expliquant ces résultats. Le neuropsychologue participait aux entrevues par téléconférence pour aider les délinquantes qui remplissaient les critères diagnostiques de TCAF ou étaient atteintes d'un autre trouble neuropsychologique à comprendre le diagnostic et ses répercussions possibles. Tout au long de l'étude, l'agente de liaison en recherche était également là pour offrir son soutien aux délinquantes atteintes de TCAF confirmé ou au diagnostic incertain par manque de données.

Sources des données

Liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF chez les délinquantes (LCB-D). La LCB-D (annexe A) est fondée sur la liste de contrôle brève (LCB) conçue par MacPherson et ses collègues (2011) pour dépister les TCAF chez les délinquants de sexe masculin. Un petit nombre de changements ont été apportés à la suite de recommandations formulées par des experts dans le domaine de la santé des femmes. Ce questionnaire comprend 47 éléments axés sur le comportement (30 questions), les antécédents généraux (7 questions) et la consommation d'alcool par la mère (10 questions). Les éléments axés sur le comportement traitent de points comme l'impulsivité et la concentration, tandis que ceux portant sur les antécédents généraux renseignent sur le passé des délinquantes (adoption ou famille d'accueil; échecs scolaires durant l'enfance; autres troubles mentaux diagnostiqués). La section sur la consommation d'alcool par la mère reproduit en gros les critères d'évaluation appliqués au diagnostic des TCAF et

comprend des éléments relatifs au moment, à la fréquence et à la durée de l'exposition à l'alcool durant la grossesse, ainsi qu'à la quantité d'alcool consommée.

Batterie de tests neuropsychologiques. Nous avons évalué le fonctionnement du SNC des participantes en leur faisant passer une batterie de tests neuropsychologiques. Conformément aux lignes directrices canadiennes (Chudley et coll., 2005), le diagnostic des TCAF repose sur l'évaluation des points suivants : attention, mémoire, fonctions exécutives, rendement scolaire, communication/langage, comportement adaptatif, fonction sensorimotrice et déficits structurels. Suivant les recommandations du neuropsychologue responsable du projet, des psychométristes ont évalué ces points au moyen d'une batterie de tests neuropsychologiques normalisés et publiés, aux propriétés psychométriques établies (voir la liste des tests à l'annexe B). Il convient de noter que le test de mémoire lexicale (*Word Memory Test*; Green, 2003) compris dans cette batterie a servi d'indicateur de l'effort consenti par les participantes. Ce test visait à cerner les personnes qui ne font pas vraiment d'effort aux autres tests neuropsychologiques, puisque leurs résultats pourraient ne pas être valides. Il fallait habituellement environ trois heures, réparties sur deux séances, pour passer tous les tests de la batterie.

Données médicales. Les délinquantes ont participé à une entrevue médicale initiale (annexe C). Il s'agissait d'une série de questions traitant de divers sujets d'ordre médical comme les antécédents d'hospitalisation, de traumatismes crâniens et de problèmes de santé chroniques, et les antécédents familiaux de problèmes de santé aigus ou chroniques. Les dossiers médicaux relatifs à la naissance des participantes ont été transmis directement par les hôpitaux en cause au médecin, qui y a cherché des indices d'un éventuel TCAF tels qu'un petit poids de naissance, une diminution du périmètre crânien et de faibles résultats aux tests normalisés de l'état physique des nouveau-nés. Enfin, le médecin a également mené un examen médical de 10 à 15 minutes au moyen de la fonction de télésanté.

Photographies du visage. L'agente de liaison en recherche a pris trois photographies du visage de chaque femme (de face, de trois-quarts et de profil). Le médecin a examiné ces photographies pour y déceler les trois caractéristiques du SAF (fentes palpébrales courtes, ou paupières courtes, philtrum ou espace sous-nasal lisse ou aplati et lèvre supérieure mince). Il a également noté toute autre anomalie visible le cas échéant.

Système de gestion des délinquant(e)s (SGD). Le SGD est la base de données électronique du Service correctionnel du Canada (SCC). Nous avons tiré des données

administratives obtenues à l'évaluation initiale des détenues, y compris au moyen de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques révisé (IDAFD-R), qui sert à mesurer les besoins d'amélioration et d'intervention dans les sept domaines suivants : toxicomanie, emploi et éducation, relations matrimoniales et familiales, fréquentations et interactions sociales, comportement dans la collectivité, vie personnelle et affective, et attitudes (SCC, 2007; Brown et Motiuk, 2005). De plus, les données de l'évaluation initiale ont été tirées des antécédents criminels des participantes.

Analyse des données

Dans l'ensemble, nous n'avons pas pu réaliser de test statistique comme le test d'indépendance (chi carré) ou l'analyse de la variance, en raison du faible nombre de participantes – qui étaient de surcroît réparties dans quatre catégories distinctes. Ainsi, certaines analyses sont purement descriptives.

La première série d'analyses visait à décrire le classement des délinquantes par catégorie diagnostique. Comme la LCB-D était administrée pour la première fois à des délinquantes, la prochaine série d'analyses était axée sur ses propriétés psychométriques – en particulier sur les indicateurs comportementaux. Nous avons calculé le coefficient alpha de Cronbach et la corrélation entre le score par élément et le score total afin d'évaluer la cohérence interne des questions, comparé les scores totaux entre catégories diagnostiques, et les analyses des fonctions d'efficacité du récepteur (FER) afin d'établir les seuils relatifs au TCAF. Enfin, nous avons comparé les membres des diverses catégories diagnostiques entre elles à partir des indicateurs relatifs aux antécédents et des indicateurs de santé issus de la LCB-D, des résultats de l'entrevue médicale initiale et des données du SGD.

Test d'effort. Comme nous l'avons dit précédemment, la batterie de tests neuropsychologiques comprenait une mesure de l'effort consenti, le test de mémoire lexicale (Green, 2003); l'échec à ce test pouvait signifier que les résultats des autres tests étaient invalides. Cependant, on a récemment mis en doute l'utilité du test de mémoire lexicale à cette fin, en particulier pour les personnes ayant un déficit cognitif (Salekin et Doane, 2009; Willis, Farrer et Bigler, 2011). Batt, Shores et Chekaluk (2008) ont notamment observé que ce test exige une capacité cognitive plus grande qu'on ne l'avait d'abord cru, de sorte que les personnes ayant un déficit cognitif seraient plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats. D'autres chercheurs

ont avancé que l'exclusion des personnes échouant à ce test devrait être envisagée au cas par cas (Willis et coll., 2011). Nous avons donc mené des analyses exploratoires afin de décider s'il fallait fonder l'exclusion de participantes sur les résultats du test de mémoire lexicale. En fin de compte, comme les délinquantes qui échouaient au test tendaient à être celles qui avaient des déficits[3] – autrement dit, celles-là mêmes pour lesquelles le test est prétendument moins valide – et comme on n'a pas observé de lien entre les résultats du test et les scores attribués aux indicateurs comportementaux de la LCB-D, aucune participante n'a été exclue des analyses.

[3] Des neuf délinquantes qui ont échoué au test, trois faisaient partie de la catégorie TSAF probable et deux de la catégorie diagnostic incertain; trois autres avaient une atteinte du SNC et une seule n'avait aucun déficit.

Résultats

Classement par catégorie diagnostique

En tout, quatre délinquantes ont été classées dans la catégorie « TCAF probable »[4] (tableau 1), et cinq autres dans la catégorie « diagnostic incertain » parce qu'elles présentaient certaines caractéristiques de TCAF sans remplir tous les critères énoncés dans les lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic de ces troubles (Chudley et coll., 2005). En outre, nous avons constaté un déficit cognitif non lié à un TCAF chez cinq autres délinquantes (atteinte du SNC).

Tableau 1

Classement des délinquantes par catégorie diagnostique

Catégorie diagnostique	*n*	%
TCAF probable	4	17
Diagnostic incertain	5	22
Atteinte du SNC	5	22
Absence de déficit	9	39

N = 23.

LCB-D

Propriétés psychométriques. La série d'analyses suivantes était axée sur la LCB-D. Les scores moyens et les écarts-types obtenus par les 23 participantes pour chacun des 30 questions sur le comportement (les indicateurs relatifs aux antécédents et à la consommation d'alcool par la mère ne se prêtaient pas à ce type d'analyse) sont exposés à l'annexe D. La distribution de la plupart des indicateurs comportementaux est à peu près normale dans tout l'échantillon. Le coefficient alpha de Cronbach, qui permet de juger de la cohérence interne des questions, était satisfaisant (0,94), et nous avons observé une corrélation *r* d'au moins 0,40 entre 25 des 30 questions et le score total. Cependant, la corrélation entre un élément et le score total était *négative* (« aime la compagnie des autres »), mais les résultats des analyses exploratoires indiquent que l'exclusion de cet élément n'a pas d'effet appréciable sur les résultats suivants.

[4] Trois de ces quatre délinquantes remplissaient les critères du TNDLA, mais avaient échoué au test d'effort. La quatrième remplissait les critères de SAF partiel, mais ne souhaitait pas que l'on communique avec sa mère ou un tiers pour confirmer l'alcoolisme maternel durant la grossesse.

Les résultats totaux de LCB-D ont également été examinés. Le score total moyen s'établissait à 85,2 (écart-type de 16,7), ses valeurs extrêmes étant de 55 et 110. La distribution des scores totaux était à peu près normale malgré la petite taille de l'échantillon.

Distinctions entre les catégories diagnostiques. Nous avons comparé les scores totaux attribués aux 30 indicateurs comportementaux de la LCB-D entre les catégories diagnostiques et constaté une différence F de 4,58 (extrêmes de 3 et 19; $p < 0{,}01$)[5]. Les résultats des indicateurs comportementaux étaient significativement plus élevés chez les délinquantes atteintes de TCAF probable que chez celles qui avaient une atteinte du SNC ou qui n'avaient aucun déficit, mais ils se comparaient aux résultats obtenus par les délinquantes dont le diagnostic était incertain (tableau 2).

Tableau 2

Indicateurs comportementaux de la LCB-D : Scores totaux

	Totaux – Indicateurs comportementaux de la LCB-D	
Catégorie diagnostique	*Moyenne*	*Écart-type*
TCAF probable	101,3	5,0
Diagnostic incertain	95,8	9,7
Atteinte du SNC	76,2	15,9
Absence de déficit	75,7	15,4

$N = 23$.

Nous avons également mené des analyses exploratoires afin de vérifier l'existence d'un seuil au-delà duquel le score total attribué aux indicateurs comportementaux de la LCB-D permettrait de distinguer les délinquantes atteintes de TCAF probable de celles qui n'ont pas de déficit. Les analyses des fonctions d'efficacité du récepteur (FER) des scores totaux obtenus dans ces deux catégories a donné lieu à un score seuil proposé de 93. Les quatre délinquantes de la catégorie TCAF probable – et seulement deux des délinquantes n'ayant aucun déficit – ont

[5] Il faut interpréter les résultats de cette analyse de variance avec prudence en raison des limites imposées par la taille de l'échantillon. Au départ, les résultats du test d'effort avaient été inclus dans l'analyse, car on n'était pas sûr qu'ils aideraient à mieux comprendre les résultats de l'étude, et on a fait porter une analyse de variance 2 (réussite/échec au test d'effort) x 4 (catégorie diagnostique) sur la somme des indicateurs comportementaux. À l'issue de ces analyses, on n'a pas observé de lien entre le score total obtenu par les délinquantes, la catégorie diagnostique à laquelle elles appartenaient, les résultats du test d'effort ou l'interaction entre ces deux facteurs, même si la relation entre le score et la catégorie diagnostique était proche du seuil de signification statistique ($F = 2{,}67$; extrêmes de 3 et 15; $p < 0{,}10$). En l'absence de lien entre les résultats du test d'effort et les scores comportementaux, nous avons reproduit l'analyse sans inclure ces résultats.

franchi ce seuil[6]. Cette valeur seuil permettait également de distinguer assez nettement les membres des autres catégories. Elle a été atteinte ou dépassée par quatre des cinq délinquantes dont le diagnostic était incertain, mais par seulement une des délinquantes ayant une atteinte du SNC.

Différences entre les catégories diagnostiques

Les analyses suivantes ont porté sur les différences entre les délinquantes atteintes de TCAF et les autres en ce qui a trait aux indicateurs familiaux, aux antécédents criminels et aux besoins liés aux facteurs criminogènes, ainsi qu'aux indicateurs de santé. Aux fins de ces analyses, les catégories TCAF probable et diagnostic incertain ont été combinées et comparées conjointement aux catégories atteinte du SNC et absence de déficit. On a combiné ces deux catégories principalement parce que quatre des cinq délinquantes au diagnostic incertain s'étaient fait dire dans le passé qu'elles étaient atteintes de TCAF (à l'instar de deux des quatre délinquantes atteintes de TCAF probable, mais aucune des catégories atteinte du SNC ou absence de déficit). Par ailleurs, les scores attribués aux indicateurs comportementaux dans les catégories diagnostiques TCAF probable et diagnostic incertain étaient comparables, ce qui favorisait ce regroupement. Dans l'ensemble, on peut considérer que le groupe combiné (TCAF probable/diagnostic incertain) se compose de délinquantes ayant au moins quelques-unes des déficiences fréquentes chez les personnes atteintes de TCAF.

Antécédents familiaux. Les réponses fournies aux éléments sur les antécédents familiaux de la LCB-D différaient un peu d'une catégorie à l'autre (tableau 3). La probabilité d'avoir été confiée à quelqu'un d'autre que ses parents biologiques et celle d'avoir eu des problèmes à l'école étaient plus élevées chez les délinquantes faisant partie du groupe combiné.

[6] À propos de ce seuil : sensibilité = 1,00; spécificité = 0,82; valeur prédictive positive = 0,67; valeur prédictive négative = 1,00.

Tableau 3

Indicateurs de la LCB-D - Antécédents personnels et familiaux

Indicateur	Catégorie diagnostique (%)		
	TCAF probable / incertain (n = 9)	Atteinte du SNC (n = 5)	Absence de déficit (n = 9)
Adoptée	33	0	0
En famille d'accueil	78	20	56
Problèmes à l'école dès l'enfance	100	20	44

N = 23.

Consommation d'alcool par la mère. Les membres du groupe combiné se distinguaient également des membres des deux autres groupes pour ce qui est de la consommation d'alcool par la mère. Comme on peut le voir au tableau 4, les pourcentages sont plus élevés dans le groupe combiné pour tous les indicateurs, sauf pour celui de la consommation de drogues par la mère durant la grossesse. Dans ce dernier cas précis, les membres du groupe combiné et les délinquantes n'ayant aucun déficit ont fourni des réponses semblables. En général, il était plus probable que, pour les délinquantes ayant au moins quelques symptômes de TCAF, on ait signalé que leurs mères ont consommé de l'alcool et des drogues durant la grossesse et avoir eu des comportements concordant avec un problème de consommation de substances. Ce résultat n'est pas étonnant puisque la consommation d'alcool par la mère est un critère clé du diagnostic des TCAF.

Tableau 4
Indicateurs de la LCB-D – Consommation de substances par la mère

Indicateur	Catégorie diagnostique (%)		
	TCAF probable / incertain	Atteinte du SNC	Absence de déficit
La mère buvait durant la grossesse (établi)	67	0	11
La mère buvait durant la grossesse (présumé)	89	40	33
La mère consommait de la drogue durant la grossesse	22	0	22
La mère buvait quand la délinquante était enfant	89	60	44
La mère buvait parfois le matin quand la délinquante était enfant	44	0	0
Les amis ou membres de la famille s'inquiétaient ou se plaignaient de la consommation d'alcool de la mère quand la délinquante était enfant	67	40	0
La mère parlait de réduire sa consommation d'alcool	33	20	0
Les amis ou membres de la famille rappelaient à la mère des choses qu'elle avait faites ou dites en état d'ébriété et dont elle ne se souvenait pas	56	20	0

N = 23.

Antécédents criminels. Les antécédents criminels différaient très peu entre les trois groupes. La plupart des 21 délinquantes pour lesquelles on avait des données à ce sujet avaient déjà été condamnées auparavant à l'âge adulte (81 %) et environ la moitié l'avaient été durant leur adolescence (57 %). S'il était très probable que les membres de tous les groupes aient déjà été condamnés à l'âge adulte (groupe combiné : 67 %; atteinte du SNC : 100 %; absence de déficit : 83 %), il n'en allait pas de même pour les condamnations à l'adolescence. En effet, aucune des délinquantes ayant une atteinte du SNC n'avait été condamnée durant son adolescence, alors qu'une forte proportion des membres des deux autres groupes l'avaient été (groupe combiné : 67 %; absence de déficit : 75 %).

Besoins liés aux facteurs criminogènes. À leur admission, les délinquantes font l'objet d'une évaluation qui vise à mesurer leur niveau de besoins liés aux facteurs criminogènes dans

les sept domaines suivants : vie personnelle et affective, relations matrimoniales et familiales, comportement dans la collectivité, emploi et éducation, fréquentations, toxicomanie, et attitudes. Le tableau 5 présente la proportion de délinquantes dans chaque groupe chez qui le niveau de besoin est jugé modéré ou élevé dans chacun de ces domaines. En général, la probabilité que les besoins soient plus marqués dans les domaines emploi et éducation et fréquentations tendait à être plus grande dans le groupe combiné et chez les délinquantes ayant une atteinte du SNC que chez les délinquantes n'ayant aucun déficit.

Tableau 5

Besoins liés aux facteurs criminogènes

	Catégorie diagnostique (%)		
Domaines de besoins liés aux facteurs criminogènes	TCAF probable / incertain	Atteinte du SNC	Absence de déficit
Vie personnelle et affective	89	75	78
Relations matrimoniales et familiales	44	50	44
Comportement dans la collectivité	22	50	22
Emploi et éducation	100	75	44
Fréquentations	89	100	56
Toxicomanie	89	100	78
Attitudes	44	50	22

Nota : On a exclu 1 des 23 participantes (de la catégorie atteinte du SNC) dont le risque dynamique avait été évalué à l'aide d'un ancien système et ne pouvait être comparé directement avec les résultats obtenus pour la majorité des participantes. $N = 22$.

Entrevue médicale initiale. La dernière série de comparaisons a porté sur les données tirées de l'entrevue médicale initiale. Nous avons cerné plusieurs indicateurs relatifs aux antécédents et, comme on peut le voir au tableau 6, la proportion de membres du groupe combiné qui disaient avoir de tels antécédents tendait à être plus élevée que dans les deux autres groupes. Par ailleurs, la proportion de membres de chaque groupe ayant déclaré avoir des problèmes liés aux compétences de base durant l'entrevue médicale initiale est présentée au tableau 7. Si les problèmes moteurs et langagiers étaient assez peu fréquents, on observe que les membres du groupe combiné tendaient à avoir plus de problèmes dans d'autres domaines comme la capacité

d’autonomie, les aptitudes sociales et l’aptitude à comprendre les conséquences de leur comportement.

Tableau 6

Entrevue médicale initiale – Indicateurs relatifs aux antécédents

Indicateurs relatifs aux antécédents	Catégorie diagnostique (%)		
	TCAF probable / incertain	Atteinte du SNC	Absence de déficit
Antédécent de traumatisme crânien	89	0	88
Victime de mauvais traitements (physique, psychologique, sexuel, autre)[a]	67	40	11
Antécédent de diagnostic de THADA	89	20	33
Inquiétude à propos de son développement durant l’enfance	78	20	33
Antécédent d’itinérance	78	60	44

Nota : [a]Il faut ici interpréter les réponses avec prudence, car le dénominateur comprend non seulement les délinquantes qui ont répondu « non », mais aussi celles qui n’ont pas répondu à la question, qui ne savaient pas quoi répondre ou qui n’ont pas fourni de réponse claire. THADA = trouble d’hyperactivité avec déficit de l’attention. *N* = 23.

Tableau 7

Entrevue médicale initiale – Indicateurs relatifs aux problèmes liés aux compétences de base

Indicateurs relatifs aux problèmes liés aux compétences de base	Catégorie diagnostique (%)		
	TCAF probable / incertain	Atteinte du SNC	Absence de déficit
Motricité globale	22	0	0
Motricité fine	25[a]	0	11
Capacités langagières	22	0	22
Maîtrise de soi	78	20	67
Concept de soi	100	25[a]	56
Énurésie nocturne	63[a]	0	25[a]
Capacité d'autonomie	100[a]	0	25[a]
Aptitudes sociales	67	0	22
Propension aux accidents	78	0	44
Aptitude à comprendre les conséquences de leur comportement	89	20	50[a]

Nota : [a]Données manquantes pour une délinquante. $N = 23$.

Discussion

Jusqu'à présent, aucun projet de recherche n'a étudié les TCAF chez les délinquantes. De plus, il n'existe pas de données estimatives sur la prévalence des TCAF chez les délinquantes, ni de données sur les manifestations connexes des TCAF. Il s'agit d'une lacune frappante étant donné le nombre disproportionné de cas de TCAF dans les populations de délinquants (MacPherson et coll., 2011) et le lien entre les TCAF et d'autres caractéristiques courantes chez les délinquantes, comme les antécédents de violence et de traumatismes (Barrett, Allenby et Taylor, 2010; Fast et Conry, 2004). Malgré les limites dues à la petite taille de l'échantillon, cette étude contribue donc beaucoup aux connaissances sur les TCAF chez les délinquantes au sein du système correctionnel.

Nous avons évalué la liste de contrôle brève pour le dépistage des TCAF chez les délinquantes (LCB-D), fondée sur la version originale de la LCB qui a été conçue à l'intention des délinquants de sexe masculin (MacPherson et coll., 2011), afin d'établir si cet outil permet de cerner les détenues qui sont le plus probablement atteintes de TCAF. Malgré le petit nombre de participantes, ce questionnaire a permis de distinguer les délinquantes qui avaient des symptômes de TCAF de celles qui avaient d'autres atteintes du système nerveux central (SNC) et de celles qui n'avaient aucun déficit cognitif. En tout, nous avons décelé un TCAF probable chez quatre (17 %) délinquantes. Fait à noter : les cinq délinquantes qui avaient certains symptômes de TCAF (les membres du groupe diagnostic incertain) ont obtenu des scores comparables à la LCB-D que celles qui remplissaient tous les critères diagnostics de TCAF. Comme certaines de ces délinquantes avaient été classées dans la catégorie diagnostic incertain uniquement parce que l'information nécessaire au diagnostic d'un TCAF (p. ex., consommation d'alcool par la mère) ne pouvait pas être confirmée, l'impossibilité de discerner les membres des catégories diagnostic incertain et TCAF problable à partir des seuls résultats du questionnaire constitue un résultat prometteur. Dans l'ensemble, il y a très peu de chevauchement entre les scores obtenus par les délinquantes qui avaient des symptômes de TCAF et celles qui n'en avaient pas; cette observation est une forme de validation préliminaire du questionnaire LCB-D.

Ces résultats revêtent une importance particulière parce que le diagnostic de TCAF dépend en partie des données sur la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse.

Comme on arrive difficilement à confirmer cette information à l'âge adulte, le diagnostic de TCAF présente un défi particulier chez l'adulte. Or, un outil d'auto-évaluation valide et fiable, fondé sur les comportements présents, pourrait se substituer aux moyens classiques de dépistage des TCAF. Les résultats exposés dans le présent rapport devront certes être reproduits, mais ils donnent à penser que le questionnaire LCB-D pourrait contribuer à la reconnaissance des délinquantes atteintes de TCAF ou de symptômes connexes. Une telle reconnaissance pourrait favoriser l'allocation des ressources et des interventions dont ces délinquantes désavantagées ont besoin.

La probabilité plus élevée que les délinquantes ayant des symptômes de TCAF rapportent que leur mère consommait de l'alcool quand elle était enceinte d'elles ou durant leur enfance étaye la validité tant de l'outil de dépistage que de la classification appliquée durant la présente étude. De même, la plus grande probabilité que les délinquantes ayant des symptômes de TCAF aient été adoptées ou placées en famille d'accueil concorde avec le nombre disproportionné de personnes atteintes de TCAF sous tutelle des organismes canadiens de protection de la jeunesse (Fuchs, Burnside, Marchenski et Murdy, 2005; Lange, Shield, Rehm et Popova, 2013). Fait à noter : le besoin d'amélioration dans le domaine dynamique des relations matrimoniales et familiales n'était pas plus grand chez ces délinquantes que dans les autres groupes. Cette observation pourrait signifier que ces délinquantes avaient été en mesure de nouer des relations plus saines à l'âge adulte ou, inversement, que les membres des trois groupes avaient des problèmes semblables à ce chapitre.

Comme d'autres chercheurs l'ont observé dans le passé (p. ex., Fast et Conry, 2004), la présence de symptômes de TCAF s'est accompagnée d'une plus grande probabilité d'antécédents de divers problèmes sociaux : les participantes à notre étude étaient plus susceptibles d'avoir eu des problèmes à l'école ou au travail, des difficultés liées à l'emploi, à la maîtrise de soi et aux aptitudes sociales ou de la difficulté à comprendre les conséquences de leur comportement. De plus, un THADA avait été diagnostiqué chez presque toutes les délinquantes ayant des symptômes de TCAF – le THADA était plus de deux fois plus fréquent que chez les délinquantes ayant un autre type d'atteinte du SNC ou exemptes de déficit cognitif. O'Malley et Nanson (2002) ont également observé que ces deux troubles sont très souvent concomitants. Comme le THADA s'accompagne souvent de comportements perturbateurs et agressifs (Gunter, Arndt, Riggins-Capsers, Wenman et Cadoret, 2006; Westmoreland et coll., 2010), cette

association porte à croire que les délinquantes atteintes de TCAF pourraient faire face à des difficultés supplémentaires en milieu correctionnel. D'ailleurs, on a observé dans un échantillon de délinquants adultes de sexe masculin que ceux ayant fait l'objet d'un diagnostic de TCAF avaient plus de mal à s'adapter à l'établissement et avaient moins tendance que les autres à terminer leurs programmes correctionnels (Mullins, MacPherson, Moser et Matheson, 2014).

Limites et points forts

À l'interprétation des résultats de cette étude, il importe de reconnaître quelques limites, dont la première repose sur les résultats du test d'effort neuropsychologique. L'évaluation neuropsychologique a joué un rôle prépondérant pour déterminer si les délinquantes étaient atteintes de TCAF. Dans bon nombre de cas, les délinquantes que l'on croyait atteintes de TCAF, compte tenu des évaluations neuropsychologiques et d'autres données, ont échoué au test de mémoire lexicale (Green, 2003). Comme le test de mémoire lexicale sert souvent à évaluer l'effort consenti, le fait d'échouer à ce test est généralement interprété comme un signe que le résultat de l'évaluation neuropsychologique est invalide (Green, Lees-Haley et Allen, 2008). Nous avons toutefois décidé d'inclure dans les analyses les délinquantes qui avaient échoué à ce test. En effet, d'autres chercheurs ont observé que les personnes ayant un déficit cognitif seraient plus susceptibles d'échouer au test de mémoire lexicale (Batt et coll., 2008; Salekin et Doane, 2009; Willis et coll., 2011). Durant notre étude, le taux d'échec beaucoup plus élevé chez les délinquantes ayant un déficit cognitif, malgré l'absence de raison de simuler un tel déficit, concorde avec cette observation et ajoute foi à l'argument de Larrabee (2012) selon lequel il ne convient pas de faire passer ce test d'effort aux personnes ayant un déficit cognitif. Qui plus est, la décision de ne pas exclure des analyses les délinquantes qui avaient échoué à ce test a été appuyée par les résultats des analyses exploratoires, qui font état de l'absence de lien entre les résultats du test d'effort et les scores obtenus à la LCB-D. Cependant, l'incertitude entourant l'interprétation des résultats du test d'effort signifie qu'il faut lire les résultats des autres tests avec prudence et souligne l'importance de reproduire ces résultats. Les chercheurs qui tenteront de reproduire ces résultats feraient bien d'examiner des outils supplémentaires ou alternatif d'évaluation de l'effort.

La petite taille de l'échantillon a constitué l'autre limite de l'étude. Dans le cadre de futurs projets de recherche, on gagnerait à recruter des participants dans plusieurs établissements

pour accroître la taille de l'échantillon. Les délinquantes atteintes de TCAF probable étaient trop peu nombreuses pour que l'on puisse examiner des différences sur tout le continuum de ces troubles. Cela dit, la capacité de distinguer clairement les délinquantes ayant des symptômes de TCAF probable des autres délinquantes, grâce à la LCB-D et en dépit du faible nombre de participantes, témoigne du potentiel de cet outil de dépistage.

Conclusion

Dans l'ensemble, les résultats préliminaires donnent à penser que la LCB-D pourrait être un outil d'auto-évaluation peu coûteux de dépister les TCAF ou leurs symptômes chez les délinquantes. Étant donné les répercussions des TCAF sur l'adaptation des délinquantes au milieu carcéral (Mullins, MacPherson, Moser et Matheson, 2014) et les effets possibles des déficits connexes sur leur capacité de profiter pleinement des interventions visant à réduire le risque de récidive (Burd et coll., 2003), le dépistage efficace des TCAF serait très utile. Il pourrait favoriser l'allocation des interventions et des services appropriés aux délinquantes identifiées. Il est vrai que ces services sont utiles à tout délinquant, mais ils le sont particulièrement dans le cas des délinquantes. En effet, les TCAF sont un problème de santé des femmes, et les délinquantes qui en sont atteintes sont plus susceptibles de donner naissance à des enfants eux-mêmes atteints de TCAF (Rouleau et coll., 2003). D'ailleurs, si la LCB-D est validée par d'autres chercheurs, elle pourrait servir non seulement à dépister les personnes qui ont besoin d'interventions et de services appropriés, mais également, de concert avec les données colligées sur l'usage de substances, à reconnaître les délinquantes qui pourraient bénéficier d'un soutien en matière d'éducation et de santé pour éviter la consommation d'alcool durant la grossesse.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.). Paris : Masson.

Barrett, M. R., Allenby, K. et Taylor, K. (2010). *Vingt ans plus tard : retour sur le Rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale* (Rapport de recherche R-222). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Batt, K., Shores, E. A. et Chekaluk, E. (2008). The effect of distraction on the Word Memory Test and Test of Memory Malingering performance in patients with a severe brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society,* 14, 1074-1080.

Boe, R., Nafekh, M., Vuong, B., Sinclair, R. et Cousineau, C. (2003). *L'évolution du profil de la population carcérale sous responsabilité fédérale : 1997 et 2002* (Rapport de recherche R-132). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Boland, F .J., Burrill, R., Duwyn, M. et Karp, J. (1998). *Syndrome d'alcoolisme fœtal : répercussions pour le Service correctionnel* (Rapport de recherche R-71). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Boland, F. J., Chudley, A. E. et Grant, B. A. (2002). Le Syndrome d'alcoolisation foetale chez les délinquants adultes : un défi de taille. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle,* 14(3), 69-72.

Brown, S. L. et Motiuk, L. L. (2005). *Le volet Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) du processus d'évaluation initiale des délinquants (EID) : examen méta-analytique, psychométrique et consultatif* (Rapport de recherche R-164). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Burd, L., Selfidge, R. H., Klug, M .G. et Juelson, T. (2003). Fetal alcohol syndrome in the Canadian corrections system. *Journal of Fetal Alcohol Syndrome International,* 1, 1-10.

Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Loock, C., Rosales. T. et LeBlanc, N. (2005). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal,* 175 (5 supplément), SF1-SF22.

Chudley, A. E., Kilgour, A. R., Cranston, M. et Edwards, M. (2007). Challenges of diagnosis in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorder in the adult. *American Journal of Medical Genetics Part C Seminars in Medical Genetics,* 145C, 261-272.

Classen, C., Smylie, D. et Hapke, E. (2009). Screening for FASD in women seeking treatment for substance abuse. Jean Tweed Centre. Extrait de : http://www.jeantweed.com/documents/HapkeEmma.pdf (Hyperlien périmé)

Famy, C., Streissguth, A. P. et Unis, A. S. (1998). Mental illness in adults with fetal alcohol syndromes or fetal alcohol effects. *American Journal of Psychiatry*, 155, 552-554.

Fast, D. et Conry, J. (2004). The challenge of fetal alcohol syndrome in the criminal legal system. *Addiction Biology*, 9, 161-166.

Fuchs, D., Burnside, L., Marchenski, S. et Murdy, A. (2005). *Enfants atteints d'incapacités recevant des services des agences de protection à l'enfance du Manitoba.* Ottawa, ON : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

Gibbard, W. B., Wass, P. et Clarke, M. E. (2003). The neuropsychological implications of prenatal alcohol exposure. *Revue canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent = Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 12, 72-76.

Green, P. (2003). *Manual for the Word Memory Test.* Edmonton, AB : Green's.

Green, P., Lees-Haley, P. R. et Allen, L. M. (2003). The Word Memory Test and the validity of neuropsychological test scores. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 97-124.

Gunter, T. D., Arndt, S., Riggins-Caspers, K., Wenman, G. et Cadoret, R. J. (2006). Adult outcomes of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: Are the risks independent or additive? *Annals of Clinical Psychiatry*,18, 233-237.

Herman, L. E., Acosta, M. C. et Chang, P.-N. (2008). Gender and attention deficits in children diagnosed with a fetal alcohol spectrum disorder. *Journal canadien de pharmacologie clinique = Canadian Journal of Clinical Pharmacology*,15, 3411-3419.

LaDue, R. A. Streisguth, A. P. et Randels, S. P. (1992). Clinical considerations pertaining to adolescents and adults with fetal alcohol syndrome. Dans T.B. Sonderegger, *Prenatal substance abuse, research findings and clinical implications* (pp. 104-127). Baltimore, MD : The Johns Hopkins University Press.

Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of International Neuropsychological Society*, 18, 625-631.

Lange, S., Shield, K., Rehm, J. et Popova, S. (2013). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in child care settings: A meta-analysis. *Pediatrics.* Prépublication en ligne. doi:10.1542/peds.2013-0666

MacPherson, P. H., Chudley, A. E. et Grant, B. A. (2011). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) dans une population carcérale : prévalence, dépistage et caractéristiques* (Rapport de recherche R-247). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Mullins, P., MacPherson, P., Moser, A. et Matheson, F. I. (2014). *Adaptation en établissement des délinquants atteints de troubles causés par l'alcoolisation foetale dans un pénitencier fédéral au Canada* (Rapport de recherche R-284). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

O'Malley, K. D. et Nanson, J. (2002). Clinical implications of a link between fetal alcohol spectrum disorder and attention hyperactivity disorder. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry,* 47, 349-354.

Ramussen, C., Horne, K. et Witol, A. (2006). Neurobehavioral functioning in children with fetal alcohol spectrum disorder. *Child Neuropsychology,* 12, 453-468.

Rouleau, M., Levicheck, Z. et Koren, G. (2003). Are mothers who drink heavily in pregnancy victims of FAS?. *Journal of Fetal Alcohol Syndrome,* 1, 1-5.

Salekin, K. L. et Doane, B. M. (2009). Malingering intellectual disability: The value of available measures and methods. *Applied Neuropsychology,* 16, 105-113.

Service correctionnel du Canada. (2007). *Directive du commissaire 705-6 : Planification correctionnelle et profil criminel.* Ottawa, ON : chez l'auteur.

Streissguth, A .P. (1994). A long-term perspective of FAS. *Alcohol Health & Research World,* 18, 74-82.

Streissguth, A. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families & communities.* Maryland: Paul H. Brookes.

Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A. et Smith, D. F. (1991). Fetal Alcohol Syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association,* 265, 1961-1967.

Streissguth, A. P., Barr, H. M., Kogan, J. et Bookstein, F. L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* (Tech. Rep. No. 96-06). Seattle : University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'Malley, K. et Young, J. K. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics,* 25, 228-238.

Westmoreland, P., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., Sieleni, B. et Black, D. W. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: Clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 54, 361-377.

Willis, P. F., Farrer, T. J. et Bigler, E. D. (2011). Are effort measures sensitive to cognitive impairment? *Military Medicine,* 176, 1426-1431.

Annexe A – Liste de contrôle brève pour le dépistage des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF)

Liste de contrôle brève pour le dépistage des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les délinquantes - (LCB-D)

Instructions :

La liste de contrôle doit être remplie par l'adjoint de recherche durant la séance d'information et d'obtention du consentement de la participante.

La participante doit répondre à toutes les questions. Si elle ne sait pas quelle réponse fournir, cocher l'option « ne sait pas » ou « inconnu ». Cocher l'option « sans objet » (s.o.) lorsqu'une question ne s'applique pas à la participante. Ne laisser aucune question sans réponse.

Identificateur : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Liste de contrôle brève pour le dépistage des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Identificateur : _____

Date : _____
(AAAA/MM/JJ)

Partie 1
Indicateurs comportementaux

La première série de questions porte sur votre comportement et vos aptitudes.

Instructions : Veuillez répondre aux questions suivantes en indiquant à quel point vous êtes d'accord ou pas avec l'énoncé. Il n'y a pas de mauvaise réponse : faites seulement de votre mieux. Nous allons maintenant commencer.

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
Diriez-vous que vous…						
1.	Avez du mal à gérer l'argent?	1	2	3	4	0
2.	Avez du mal à suivre des instructions?	1	2	3	4	0
3.	Êtes agitée?	1	2	3	4	0
4.	Avez du mal à épeler les mots?	1	2	3	4	0
5.	Faites souvent de mauvais choix?	1	2	3	4	0
6.	Êtes facilement distraite?	1	2	3	4	0
7.	Faites des crises de colère?	1	2	3	4	0
8.	Avez d'importantes sautes d'humeur?	1	2	3	4	0

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
9.	Êtes hyperactive?	1	2	3	4	0
10.	Agissez de manière impulsive?	1	2	3	4	0
11.	Semblez ne pas savoir les conséquences de vos actes?	1	2	4	5	0
12.	N'êtes pas douée pour les mathématiques?	1	2	3	4	0
13.	Interrompez souvent les conversations?	1	2	3	4	0
14.	Devenez facilement agitée?	1	2	3	4	0
15.	Oubliez toujours quelque chose?	1	2	3	4	0
16.	Parlez beaucoup, mais avez du mal à vous faire comprendre?	1	2	3	4	0
17.	N'avez pas une bonne mémoire?	1	2	3	4	0
18.	Avez de la difficulté à lire?	1	2	3	4	0
19.	Êtes facilement victimisée?	1	2	3	4	0
20.	Avez du mal à terminer des tâches?	1	2	3	4	0
21.	Avez du mal à vous concentrer?	1	2	3	4	0
22.	Êtes facilement manipulable?	1	2	3	4	0
23.	Êtes désorganisée?	1	2	3	4	0
24.	Avez du mal à ne pas changer de sujet?	1	2	3	4	0
25.	Avez de mauvaises aptitudes sociales?	1	2	3	4	0
26.	Devenez facilement stressée ou anxieuse?	1	2	3	4	0
27	N'aimez pas le changement?	1	2	3	4	0

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
28	Aimez la compagnie des autres?	1	2	3	4	0
29	Avez du mal à prendre des décisions?	1	2	3	4	0
30	Avez du mal à conserver votre intérêt pour les choses?	1	2	3	4	0

Score (indicateurs comportementaux) _____ (Maximum : 120)

Partie 2
Indicateurs relatifs aux antécédents

La deuxième série de questions porte sur vos antécédents personnels et familiaux. **Instructions** : Veuillez répondre de votre mieux aux questions suivantes. Il n'y a pas de mauvaise réponse : faites seulement de votre mieux. Nous allons maintenant commencer la deuxième série de questions.

31.	Avez-vous été adoptée?		**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0	
32.	Avez-vous déjà été placée en famille d'accueil?		**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0	
32a.	Si oui. Combien de fois avez-vous été placée en famille d'accueil?	**1 ou 2** 0	**3 à 5** 1	**5 ou plus** 2	**Ne sait pas** 0	**s.o.** 0

Si vous avez répondu plus de cinq familles, dans combien de familles d'accueil avez-vous été placée?

_____

33.	Avez-vous eu des problèmes à l'école dès un jeune âge?	**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0
34.	Avez-vous déjà été traitée pour un problème de santé mentale?	**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0

Si oui : Pouvez-vous me dire de quel type de problème il s'agissait et quel traitement vous avez reçu?

34a.	Si oui : Pouvez-vous me dire combien de fois vous avez été traitée?	**1 ou 2** 0	**3 à 5** 1	**5 ou plus** 2	**Ne sait pas** 0	**s.o.** 0

35.	A-t-on déjà diagnostiqué ou soupçonné un trouble causé par l'alcoolisation fœtale (TCAF) chez un de vos frères ou une de vos soeurs?	**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0	**s.o.** 0
36.	Si vous avez des enfants, vous a-t-on déjà dit qu'un de vos enfants était ou semblait être atteint de TCAF?	**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0	**s.o.** 0
37.	Vous a-t-on déjà dit que vous pourriez être atteinte de TCAF? Si oui, qui vous a dit ça? _____	**Oui** 1	**Non** 0	**Ne sait pas** 0	

Score (indicateurs relatifs aux antécédents) _____ (Maximum : 9)

Partie 3
Indicateurs relatifs à la mère

Cette série de questions porte sur la consommation d'alcool de votre mère **biologique** durant votre enfance

Instructions : Veuillez répondre de votre mieux aux questions suivantes. Il n'y a pas de mauvaise réponse : faites seulement de votre mieux. Nous allons maintenant commencer.

		Oui	Non	Ne sait pas
38.	Votre mère consommait-elle de l'alcool quand vous étiez enfant? **(Si la réponse est « non » ou « ne sait pas », passez directement à la Q. 38.)**	1	0	0

38a. Si oui : à quelle fréquence est-ce que votre mère buvait?

- ☐ **Une fois par mois ou moins**
- ☐ **De 2 à 4 fois par mois**
- ☐ **De 2 à 3 fois par semaine**
- ☐ **4 fois ou plus par semaine**
- ☐ **Ne sait pas**
- ☐ **Sans objet**

39. Combien de verres votre mère buvait-elle en moyenne chaque fois?

Un verre standard correspond à :

- *12 oz (341 ml, 1 bouteille) de bière ordinaire*
- *5 oz (142 ml, 1 verre de taille habituelle) de vin de table,*
- *3 oz (85 ml) de vin fortifié (xérès, porto, vermouth),*
- *1,5 oz (43 ml, 1 mesure) de spiritueux (whisky, rhum, gin)*

☐ **1**
☐ **Entre 2 et 4**
☐ **Au moins 5 (préciser si possible) : _____**
☐ **Ne sait pas**
☐ **Sans objet**

		Oui	Non	Ne sait pas
40.	Quand vous étiez jeune, est-ce que vos proches (amis ou parents) s'inquiétaient ou se plaignaient de la consommation d'alcool de votre mère?	11	0	0
41.	Quand vous étiez jeune, est-ce que votre mère buvait parfois le matin en se levant?	1	0	0
42.	Est-il déjà arrivé que des amis ou des membres de votre famille rappellent à votre mère des choses qu'elle avait faites ou dites alors qu'elle avait bu et dont elle ne se souvenait pas?	1	0	0
43.	Est-ce que votre mère a déjà dit qu'elle voulait réduire sa consommation d'alcool?	1	0	0

La dernière série de questions porte sur les habitudes de consommation d'alcool de votre mère alors qu'elle était enceinte de vous.

Instructions : Veuillez répondre de votre mieux aux questions suivantes. Il n'y a pas de mauvaise réponse : faites seulement de votre mieux. Nous allons maintenant commencer.

		Oui	Non	Ne sait pas
44.	Savez-vous si votre mère buvait alors qu'elle était enceinte de vous?	1	0	0
45.	Soupçonnez-vous que votre mère buvait alors qu'elle était enceinte de vous?	1	0	0
46.	Est-ce que votre mère consommait d'autres substances alors qu'elle était enceinte de vous?	1	0	0

46a. Si oui : que consommait-elle?

- ☐ **Tabac**
- ☐ **Médicament d'ordonnance prescrit par un médecin** _____
- ☐ **Médicament d'ordonnance, obtenu sans prescription d'un médecin** _____
- ☐ **Drogue illicite** _____ _____
- ☐ **Ne sait pas**
- ☐ **Elle ne consommait rien d'autre**

47. Comment avez-vous su que votre mère consommait de l'alcool et/ou d'autres substances alors qu'elle était enceinte de vous?

- ☐ **Renseignement personnel**
- ☐ **Membre de la famille ou ami**
- ☐ **Parent d'accueil ou adoptif**
- ☐ **Professionnel de la santé**
- ☐ **Autre :** _____

Nous avons terminé. Merci de participer à ce projet de recherche.

NOTE À L'INTERVIEWEUR : Veuillez ajouter tout détail supplémentaire fourni durant l'entrevue au sujet du comportement, des antécédents familiaux de la participante ou de la consommation d'alcool de sa mère.

Annexe B – Tests neuropsychologiques ayant servi à l'évaluation des TCAF

Domaine neurologique	Nom du test	Référence
Capacités intellectuelles générales (QI)	Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) (échelle d'intelligence abrégée de Wechsler)	PsychCorp. *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence Manual,* San Antonio (Texas), Harcourt Assessment, Inc., 1999.
Rendement scolaire	Wechsler Individual Achievement Test Second Edition-Abbreviated (WIAT-II-A) (échelle abrégée de rendement scolaire individuel de Wechsler – deuxième édition)	The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. *Wechsler Individual Achievement Test Second Edition Abbreviated: Manual,* San Antonio (Texas), auteur, 2001.
Langage	California Verbal Learning Test – Short Form (test d'apprentissage verbal de la Californie – version abrégée)	D.C. Delis, J.H. Kramer, E. Kaplan, B.A. Ober. *California Verbal Learning Test – 2^e^éd., version pour adulte. Manual,* Psychological Corporation, San Antonio, Texas, 2000.
	Controlled Oral Word Association Test (COWAT) (test oral d'association de mots)	Benton, A., K. Hamsher et A. Sivan. *Multilingual Aphasia Examination,* Psychological Assessment Resources, Inc., 1994.
Mémoire	Brief Visuospatial Memory Test –R (test de mémoire visuo-spatiale – version brève révisée)	Benedict, R.H.B. *Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R),* Psychological Assessment Resources, Inc., 1996.
	Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (test de la figure complexe de Rey – copie et reconnaissance d'une figure géométrique complexe)	Meyers, J.E. et K.R. Myers. *Rey Complex Figure Test and Recognition Trial: Professional Manual,* Lutz, (Floride), Psychological Assessment Resources, Inc., 1995.
Fonctions exécutives	Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (test Wisconsin de classification catégorielle de cartes)	Heaton, R. K, G. J. Chelune, J. L. Talley, G. G. Kay et G. Curtiss. *Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Expanded,* Lutz (Floride), Psychological Assessment Resources, Inc., 1993.
	Comprehensive Trail Making Test (CTMT) (trail making test – parties A et B)	Reynolds, C.R. *Comprehensive Trail-Making Test: Examiner's Manual,* Austin (Texas), PRO-ED, Inc., 2002.

Capacité d'adaptation	Adaptive Behaviour Assessment System Second Edition – Adult form (ABAS-II) (système d'évaluation des comportements adaptatifs, 2e édition – version de l'adulte)	Harrison, P.L. et T. Oakland. *Adaptive Behavior Assessment System – 2e édition*, San Antonio (Texas), Harcourt Assessment, Inc., 2003.
Attention	Conners' Continuous Performance Task – CPT II (Conner-2 : test d'exécution continue d'une tâche)	Conners, C.K. *Conners' Continuous Performance Task – CPT II) Version 5 for Windows Technical Guide and Software Manual*, Toronto, Multi-Health Systems Inc., 2004.
Simulation*	Word Memory Test (test de mémoire lexicale)	Green, P. Word Memory Test, Edmonton (Alberta), Green's Publishing, 2003.

* La simulation ne constitue pas un domaine neurologique dont l'évaluation est recommandée dans le cadre du dépistage des TCAF, mais elle a fait l'objet d'une évaluation durant cette étude parce que les participantes étaient des délinquantes dans un pénitencier fédéral.

Annexe C – Entrevue médicale initiale

Entrevue médicale initiale – Page couverture

Instructions

L'entrevue doit être menée par une membre de l'équipe de recherche durant la première rencontre avec chaque détenue de l'Établissement Nova pour femmes, ou au moment qui convient le mieux.

La participante doit répondre à toutes les questions. Si elle n'est pas en mesure de répondre à une question, inscrire la mention « inconnu » ou « I », ou cocher la case « Ne sait pas ». Si une question ne s'applique pas à la participante, inscrire la mention « sans objet » ou « s.o. » ou cocher l'option « sans objet ». Ne laisser aucune question sans réponse.

Nom de la cliente : _____

Identificateur : _____

No SED : _____

Date : _____

Identificateur : _____

Date : _____

Veuillez répondre aux questions suivantes au meilleur de votre connaissance.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

L'un ou l'autre des problèmes ou situations suivants vous est déjà arrivé?

	Oui	**Non**	**Ne sait pas**
1. **Problèmes auditifs ou visuels**			
Précisions :			
2. **Maladies chroniques**			
Précisions :			
3. **Hospitalisations ou chirurgies**			
Précisions : (y compris les dates approximatives)			
4. A**ntédécent de traumatisme crânien entraînant une perte de conscience**			
Précisions : (y compris le nombre de fois)			
5. **Évaluation ou traitement par un psychiatre, un psychologue, un intervenant en santé mentale ou un Aîné**			
Précisions (y compris les dates approximatives et les formes de traitement) :			
6. **Victime de violence physique**			
Précisions :			
7. **Victime de violence psychologique**			
Précisions :			
8. **Victime de violence sexuelle**			
Précisions :			
9. **Victime d'un « autre » type de mauvais traitements**			
Précisions :			

ÉTUDES

10. Quelle est l'année d'études la plus élevée que vous avez terminée? _____

11. Avez-vous déjà échoué une année d'études?
    Oui ____ Non _____ Si oui, quelle(s) année(s)? _____ _____ _____

12. Quelles années avez-vous redoublées? _____ _____ _____ _____ _____

13. Avez-vous déjà été expulsée ou suspendue de l'école?
    Oui _____ Non _____

    Si oui, précisez :

14. Quels sont vos points forts? Dans quoi les autres disent que vous avez du talent?

15. Quels sont vos points faibles?

ANTÉCÉDENTS LIÉS AU DÉVELOPPEMENT

16. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)? Oui ____ Non _____

    Si oui, avez-vous été traitée?
    Oui ____ Non _____ s.o. _____

17. Quand vous étiez enfant, avez-vous déjà été inquiète de votre développement physique ou émotionnel?
    Oui ____ Non _____

    Si oui, veuillez expliquer :

Antécédents sociaux

18. Avez-vous déjà été itinérante? Oui ____ Non _____

    Veuillez expliquer :

19. Avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité? Oui ____ Non _____

Veuillez expliquer (préciser le type d'invalidité) :

20. Avez-vous déjà fait une demande de prestations d'invalidité?

Oui ____ Non _____

Veuillez expliquer (y compris les détails si la demande a été refusée) :

21. Avez-vous déjà été responsable d'un enfant (le vôtre ou celui de quelqu'un d'autre) atteint ou soupçonné d'être atteint de TCAF?

Oui ____ Non _____

Veuillez expliquer :

22. Après votre mise en liberté, serez-vous responsable d'un enfant (le vôtre ou celui de quelqu'un d'autre) atteint ou soupçonné d'être atteint de TCAF?

Oui ____ Non _____

Veuillez expliquer :

23. Avez-vous déjà eu des problèmes avec l'un ou l'autre des éléments suivants? (Cocher toutes les réponses qui s'appliquent.)

		Oui	**Non**	**Ne sait pas**
23a	**Motricité globale**			
Précisions :				
23b	**Motricité fine**			
Précisions :				
23c	**Capacités langagières**			
Précisions :				
23d	**Maîtrise de soi**			
Précisions :				
23e	**Concept de soi**			
Précisions :				

Le tableau se poursuit à la page suivante.

		Oui	Non	Ne sait pas
23f	**Énurésie nocturne (pipi au lit)**			
Précisions :				
23g	**Capacité d'autonomie**			
Précisions :				
23h	**Aptitudes sociales**			
Précisions :				
23i	**Avez-vous souvent des accidents?**			
Précisions :				
23j	**Êtes-vous intrépide (peur de rien)?**			
Précisions :				
23k	**Avez-vous de la difficulté à comprendre les conséquences de vos comportements?**			
Précisions :				

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

24. Âge de votre mère à votre naissance : _____

25. Race de votre mère : _____

26. Race de votre père : _____

27. Vos parents sont-ils apparentés (p. ex., cousins) : _____

28. Avez-vous des frères ou des sœurs?

Nom	**H ou F**	**Date de naissance (AA/MM/JJ)**
_____	____	_____
_____	____	_____
_____	____	_____
_____	____	_____

Les problèmes suivants ont-ils déjà touché un membre de votre famille biologique? Cocher toutes les réponses qui s'appliquent. Remplir toutes les cases. Inscrire O pour oui, N pour non, NSP pour ne sait pas ou s.o. si la question ne s'applique pas.

		Père biologique	Famille du père	Mère biologique	Famille de la mère	Frères et sœurs
29.	**Problèmes visuels**					
Précisions :						
30.	**Problèmes auditifs**					
Précisions :						
31.	**Anomalies congénitales**					
Précisions :						
32.	**Enfant mort-né**	s.o.				
Précisions :						
33.	**Fausses couches**	s.o.				
Précisions :						
34.	**Troubles d'apprentissage**					
Précisions :						
35.	**Trouble du déficit de l'attention**					
Précisions :						
36.	**Hyperactivité**					
Précisions :						
37.	**Maladie mentale**					
Précisions :						
38.	**Retard mental**					
Précisions :						
39.	**Autre trouble du développement**					
Précisions :						

Le tableau se poursuit à la page suivante.

		Père biologique	Famille du père	Mère biologique	Famille de la mère	Frères et sœurs
40.	**Dépression**					
Précisions :						
41.	**Alcoolisme**					
Précisions :						
42.	**Suicide**					
Précisions :						
43.	**Délinquance**					
Précisions :						
44.	**Violence faite aux enfants**					
Précisions :						
45.	**Violence sexuelle**					
Précisions :						
46.	**Épilepsie**					
Précisions :						
47.	**Maladie neurologique**					
Précisions :						
48.	**Maladies chroniques**					
Précisions :						
49.	**Anomalie génétique ou maladie héréditaire**					
Précisions :						
50.	**Autre**					
Précisions :						

51. Consommation d'autres substances par la mère

Est-ce que votre mère biologique consommait l'une ou l'autre des substances suivantes alors qu'elle était enceinte de vous?

Cocher toutes les réponses appropriées.

51a) **Drogues**

Oui ____ Non ____ Ne sait pas ____

b) **Si la participante a répondu oui, préciser (cocher toutes les réponses appropriées) :**

Type de drogue	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**s.o.**
THC (cannabis)				
Amphétamines				
Héroïne				
Opiacés				
Opioïdes				
Benzodiazépines				
Cocaïne				
Crack				
Substances dissociatives				
Substances volatiles				
Hallucinogènes				

52. **Tabac** Oui ____ Non ____ Ne sait pas ____

53. **Médicaments** Oui ____ Non ____ Ne sait pas ____

Si oui, précisez (nommez tous les médicaments qu'elle a pris) :

54. Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait contribuer à décrire l'importance de la consommation d'alcool de votre mère avant et pendant qu'elle était enceinte de vous.

_____

Commentaires de l'intervieweur :

Annexe D – Scores LCB-D moyens par indicateur comportemental, écart-type et corrélation entre chaque élément et le score total

Indicateur comportemental	*Moyenne*	*Écart-type*	Corrélation élément total
A du mal à gérer l'argent	3,00	1,00	0,39
A du mal à suivre des instructions	2,55	0,96	0,70
Est agitée	3,13	0,76	0,67
A du mal à épeler les mots	2,30	1.11	0,62
Fait souvent de mauvais choix	3,04	0,88	0,70
Est facilement distraite	3,48	0,73	0,71
Fait des crises de colère	2,36	0,95	0,48
A d'importantes sautes d'humeur	2,83	0,94	0,67
Est hyperactive	2,77	0,92	0,77
Agit de manière impulsive	3,30	0,70	0,63
Semble ne pas savoir les conséquences de ses actes	2,87	1.01	0,62
N'est pas douée pour les mathématiques	3,22	1.00	0,50
Interrompt souvent les conversations	2,83	1.03	0,56
Devient facilement agitée	3,35	0,71	0,75
Oublie toujours quelque chose	3,04	0,88	0,70
Parle beaucoup, mais a du mal à se faire comprendre	3,05	1.05	0,87
N'a pas une bonne mémoire	2,91	0,90	0,60
A de la difficulté à lire	1,87	0,76	0,22
Est facilement victimisée	2,48	0,79	0,28
A du mal à terminer des tâches	2,82	0,96	0,92
A du mal à se concentrer	2,96	0,93	0,80
Est facilement manipulable	2,43	1.04	0,43
Est désorganisée	2,30	0,97	0,20
A du mal à ne pas changer de sujet	2,96	0,88	0,89
A de mauvaises aptitudes sociales	2,30	1.06	0,45
Devient facilement stressée ou anxieuse	3,17	0,83	0,72
N'aime pas le changement	3,00	0,85	0,57
Aime la compagnie des autres	3,00	0,91	-0,41
A du mal à prendre des décisions	2,83	0,78	0,72
A du mal à conserver de l'intérêt pour les choses	3,04	0,88	0,77

N = 23