

Année 2023

2023 TOU3 1113  
2023 TOU3 1114

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Margot CASSAGNE et Solenn LE DRAOULLEC**

Le 05 Octobre 2023

### **Evaluation de la prise en charge des troubles neurocognitifs en détention : revue systématique de la littérature**

Directeur de thèse : Dr Jonathan VASSEUR

#### JURY :

<b>Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Norbert TELMON</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Jonathan VASSEUR</b>	<b>Assesseur</b>



**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine**
  
**2022-2023**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Piere
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUJOL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe  
M. ACCADBLE Franck (C.E)  
M. ALRIC Laurent (C.E)  
M. AMAR Jacques (C.E)  
Mme ANDRIEU Sandrine  
M. ARBUS Christophe  
M. ARNAL Jean-François (C.E)  
M. AUSSEL Jérôme  
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)  
M. BERRY Antoine  
Mme BERRY Isabelle (C.E)  
M. BIRMES Philippe  
M. BONNEVILLE Nicolas  
M. BONNEVILLE Fabrice  
M. BROUCHET Laurent  
M. BROUSSET Pierre (C.E)  
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)  
M. BUREAU Christophe  
M. BUSCAIL Louis (C.E)  
M. CANTAGREL Alain (C.E)  
M. CARRERE Nicolas  
M. CARRIE Didier (C.E)  
M. CHAIX Yves  
Mme CHANTALAT Elodie  
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)  
M. CHAUFOUR Xavier  
M. CHAUVEAU Dominique  
M. CHAYNES Patrick  
M. CHOLLET François (C.E)  
M. CONSTANTIN Arnaud  
M. COURBON Frédéric (C.E)  
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)  
M. DAMBRIN Camille  
M. DE BOISSEZON Xavier  
M. DEGUINE Olivier (C.E)  
M. DELABESSE Eric  
M. DELOBEL Pierre  
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)  
M. DIDIER Alain (C.E)  
M. DUCOMMUN Bernard  
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)  
M. ELBAZ Meyer  
Mme EVRARD Solène  
M. FERRIERES Jean (C.E)  
M. FOURCADE Olivier (C.E)  
M. FOURNIÉ Pierre  
M. GALINIER Michel (C.E)  
M. GAME Xavier (C.E)  
Mme GARDETTE Virginie  
M. GEERAERTS Thomas  
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)  
M. GOURDY Pierre (C.E)  
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)  
Mme GUIMBAUD Rosine  
Mme HANAIRE Hélène (C.E)  
M. HUYGHE Eric  
M. IZOPET Jacques (C.E)  
M. KAMAR Nassim (C.E)  
Mme LAMANT Laurence (C.E)  
M. LANGIN Dominique (C.E)  
Mme LAPRIE Anne

Pédiatrie  
Chirurgie Infantile  
Médecine Interne  
Thérapeutique  
Epidémiologie, Santé publique  
Psychiatrie  
Physiologie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Hématologie, transfusion  
Parasitologie  
Biophysique  
Psychiatrie  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Radiologie  
Chirurgie thoracique et cardio-vascul  
Anatomie pathologique  
Médecine Vasculaire  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Rhumatologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Anatomie  
Médecine d'urgence  
Chirurgie Vasculaire  
Néphrologie  
Anatomie  
Neurologie  
Rhumatologie  
Biophysique  
Histologie Embryologie  
Chir. Thoracique et Cardiovasculaire  
Médecine Physique et Réadapt Fonct.  
Oto-rhino-laryngologie  
Hématologie  
Maladies Infectieuses  
Cancérologie  
Pneumologie  
Cancérologie  
Thérapeutique  
Cardiologie  
Histologie, embryologie et cytologie  
Epidémiologie, Santé Publique  
Anesthésiologie  
Ophtalmologie  
Cardiologie  
Urologie  
Epidémiologie, Santé publique  
Anesthésiologie et réanimation  
Anatomie Pathologique  
Endocrinologie  
Chirurgie plastique  
Cancérologie  
Endocrinologie  
Urologie  
Bactériologie-Virologie  
Néphrologie  
Anatomie Pathologique  
Nutrition  
Radiothérapie

M. LARRUE Vincent  
M. LAUQUE Dominique (C.E)  
Mme LAURENT Camille  
M. LAUWERS Frédéric  
M. LE CAIGNEC Cédric  
M. LEVADE Thierry (C.E)  
M. LIBLAU Roland (C.E)  
M. MALAUAUD Bernard (C.E)  
M. MANSAT Pierre (C.E)  
M. MARCHEIX Bertrand  
M. MARQUE Philippe (C.E)  
M. MAS Emmanuel  
M. MAURY Jean-Philippe (C.E)  
Mme MAZEREEUW Juliette  
M. MAZIERES Julien (C.E)  
M. MINVILLE Vincent  
M. MOLINIER Laurent (C.E)  
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)  
M. MUSCARI Fabrice  
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)  
M. OLIVOT Jean-Marc  
M. OSWALD Eric (C.E)  
M. PAGES Jean-Christophe  
M. PARIENTE Jérémie  
M. PAUL Carle (C.E)  
M. PAYOUX Pierre (C.E)  
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)  
M. PERON Jean-Marie (C.E)  
Mme PERROT Aurore  
M. RASCOL Olivier (C.E)  
Mme RAUZY Odile  
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)  
M. RECHER Christian (C.E)  
M. RITZ Patrick (C.E)  
M. ROLLAND Yves (C.E)  
M. RONCALLI Jérôme  
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)  
M. ROUX Franck-Emmanuel  
M. SAILLER Laurent (C.E)  
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)  
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)  
M. SANS Nicolas  
Mme SELVES Janick (C.E)  
M. SENARD Jean-Michel (C.E)  
M. SERRANO Elie (C.E)  
M. SIZUN Jacques (C.E)  
M. SOL Jean-Christophe  
M. SOLER Vincent  
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia  
M. SOULAT Jean-Marc (C.E)  
M. SOULIE Michel (C.E)  
M. SUC Bertrand  
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)  
M. TELMON Norbert (C.E)  
Mme TREMOLIERES Florence  
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)  
M. VAYSSIERE Christophe (C.E)  
M. VELLAS Bruno (C.E)  
M. VERGEZ Sébastien

Neurologie  
Médecine d'Urgence  
Anatomie Pathologique  
Chirurgie maxillo-faciale  
Génétique  
Biochimie  
Immunologie  
Urologie  
Chirurgie Orthopédique  
Immunologie  
Médecine Physique et Réadaptation  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Dermatologie  
Pneumologie  
Anesthésiologie Réanimation  
Epidémiologie, Santé Publique  
Cancérologie  
Chirurgie Digestive  
Gériatrie  
Neurologie  
Bactériologie-Virologie  
Biologie cellulaire  
Neurologie  
Dermatologie  
Biophysique  
Hématologie  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Physiologie  
Pharmacologie  
Médecine Interne  
Psychiatrie Infantile  
Hématologie  
Nutrition  
Gériatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Neurochirurgie  
Médecine Interne  
Chirurgie Infantile  
Pédiatrie  
Radiologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Pharmacologie  
Oto-rhino-laryngologie  
Pédiatrie  
Neurochirurgie  
Ophtalmologie  
Gériatrie et biologie du vieillissement  
Médecine du Travail  
Urologie  
Chirurgie Digestive  
Pédiatrie  
Médecine Légale  
Biologie du développement  
Anatomie Pathologique  
Gynécologie Obstétrique  
Gériatrie  
Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRIDELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence  
M. APOIL Pol Andre  
Mme ARNAUD Catherine  
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie  
Mme BASSET Céline  
Mme BELLIERES-FABRE Julie  
Mme BERTOLI Sarah  
M. BIETH Eric  
Mme BOUNES Fanny  
Mme BREHIN Camille  
M. BUSCAIL Etienne  
Mme CAMARE Caroline  
Mme CANTERO Anne-Valérie  
Mme CARFAGNA Luana  
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie  
Mme CASSAGNE Myriam  
Mme CASSANG Sophie  
Mme CASSOL Emmanuelle  
M. CHASSAING Nicolas  
M. CLAVEL Cyril  
Mme COLOMBAT Magali  
M. COMONT Thibault  
M. CONGY Nicolas  
Mme COURBON Christine  
M. CUROT Jonathan  
Mme DAMASE Christine  
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle  
M. DEDOUIT Fabrice  
M. DEGBOE Yannick  
M. DELMAS Clément  
M. DELPLA Pierre-André  
M. DESPAS Fabien  
M. DUBOIS Damien  
Mme ESQUIROL Yolande  
Mme FILLAUX Judith  
Mme FLOCH Pauline  
Mme GALINIER Anne  
M. GANTET Pierre  
M. GASQ David  
M. GATMEL Nicolas

Bactériologie Virologie Hygiène  
Immunologie  
Epidémiologie  
Biochimie  
Cytologie et histologie  
Néphrologie  
Hématologie, transfusion  
Génétique  
Anesthésie-Réanimation  
Pneumologie  
Chirurgie viscérale et digestive  
Biochimie et biologie moléculaire  
Biochimie  
Pédiatrie  
Nutrition  
Ophthalmologie  
Parasitologie  
Biophysique  
Génétique  
Biologie Cellulaire  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Médecine Interne  
Immunologie  
Pharmacologie  
Neurologie  
Pharmacologie  
Physiologie  
Médecine Légale  
Rhumatologie  
Cardiologie  
Médecine Légale  
Pharmacologie  
Bactériologie Virologie Hygiène  
Médecine du travail  
Parasitologie  
Bactériologie-Virologie  
Nutrition  
Biophysique  
Physiologie  
Médecine de la reproduction

Mme GENNERO Isabelle  
Mme GENOUX Amelise  
Mme GRARE Marion  
M. GUERBY Paul  
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline  
Mme GUYONNET Sophie  
M. HAMDJ Safouane  
Mme HITZEL Anne  
M. IRIART Xavier  
Mme JONCA Nathalie  
M. LAPEBIE François-Xavier  
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse  
M. LEPAGE Benoit  
M. LHERMUSIER Thibault  
M. LHOMME Sébastien  
Mme MASSIP Clémence  
Mme MAUPAS SCHWALM Française  
Mme MONTASTIER Emilie  
M. MONTASTRUC François  
Mme MOREAU Jessika  
Mme MOREAU Marion  
M. MOULIS Guillaume  
Mme NOGUEIRA Maria Léonor  
Mme PERICART Sarah  
M. PILLARD Fabien  
Mme PLAISANCIE Julie  
Mme PUISSANT Bénédicte  
Mme QUELVEN Isabelle  
Mme RAYMOND Stéphanie  
M. REVET Alexis  
Mme RIBES-MAUREL Agnès  
Mme SABOURDY Frédérique  
Mme SALLES Juliette  
Mme SAUNE Karine  
Mme SIEGFRIED Aurore  
M. TREINER Emmanuel  
Mme VALLET Marion  
M. VERGEZ François  
Mme VUA Lavinia

Biochimie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Bactériologie Virologie Hygiène  
Gynécologie-Obstétrique  
Anatomie Pathologique  
Nutrition  
Biochimie  
Biophysique  
Parasitologie et mycologie  
Biologie cellulaire  
Chirurgie vasculaire  
Pharmacologie  
Dermatologie et Mycologie  
Cardiologie  
Bactériologie-virologie  
Bactériologie-virologie  
Biochimie  
Nutrition  
Pharmacologie  
Biologie du dév. Et de la reproduction  
Physiologie  
Médecine Interne  
Biologie Cellulaire  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Physiologie  
Génétique  
Immunologie  
Biophysique et médecine nucléaire  
Bactériologie Virologie Hygiène  
Pédo-psychiatrie  
Hématologie  
Biochimie  
Psychiatrie adultes/Addictologie  
Bactériologie Virologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Immunologie  
Physiologie  
Hématologie  
Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leïla  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## Remerciements au Jury

*A la présidente du Jury :*

**Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, Professeur des Universités, Médecin Généraliste.** Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité tout au long de notre parcours et plus particulièrement au cours de la rédaction de ce travail.

*Aux membres du Jury :*

**Monsieur le Professeur Norbert TELMON, Professeur des Universités, Chef de service de Médecine Légale et Médecine Pénitentiaire.** Nous sommes très reconnaissantes du temps que vous nous accordez pour juger notre travail. En tant que représentant du service de médecine pénitentiaire, votre avis et votre soutien nous est précieux.

**Madame le Docteur Laëtizia GIMENEZ, Chef de Clinique au Département de Médecine Générale, Médecin Généraliste.** Nous sommes honorées que vous ayez accepté de siéger au jury de notre thèse. Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

*A notre directeur de thèse et membre du jury :*

**Monsieur le Docteur Jonathan VASSEUR, Praticien Hospitalier en Médecine Pénitentiaire, Médecin Généraliste.** Merci de nous avoir fait confiance et de nous avoir accompagné dans ce projet. Nous te sommes infiniment reconnaissantes pour ton implication, ta disponibilité et ton soutien sans faille. Tu as dirigé ce travail avec rigueur et discernement tout en conservant ton humour et ton extrême bienveillance. Ce fut un immense plaisir pour nous d'avoir été tes premières thésardes.

## Remerciements personnels de Margot

Je commencerai par toi **Solenn**, merci d'être venue me chercher et de m'avoir entraîné dans cette grande aventure. Merci d'avoir été un pilier, l'équilibre si spontané que nous avons trouvé a été notre plus grande force et j'en suis fière. Merci d'avoir su prendre le relai quand cela a été nécessaire, merci pour toutes ces journées passées à tes côtés à travailler et se découvrir. Je termine ce travail avec une véritable amie à mes côtés.

*A ma famille,*

A tous, la **CASPLIMICH Family**, je suis ici grâce à vous. J'ai conscience de la valeur infinie de ce que nous sommes. Merci de m'avoir permis de me construire dans un environnement rempli d'amour, de partage, de générosité, de rire, et de bienveillance. Vous avez toujours été ma plus grande force.

**Papa et Maman**, vous êtes depuis toujours mon plus grand soutien, infaillible. Vous m'avez tout donné et transmis jusqu'à l'envie de faire ce métier, le vôtre. Merci de m'avoir porté dans l'arène et d'avoir toujours réussi à trouver les mots juste pour combattre mes angoisses et mes doutes. Merci d'avoir toujours cru en moi, je vous dois tout. Mon amour pour vous est sans limites. « I am a Gladiator ».

**Charlotte et Jules**, vous m'accompagnez dans le plus beau rôle de ma vie, celui d'être votre grande sœur. Je suis fière de vous avoir à mes côtés, votre amour et votre soutien sont précieux. Je serai toujours là pour vous. Je vous aime.

**Pat et Flo**, je souhaite à quiconque d'avoir dans sa vie un duo comme le vôtre à ses côtés. Vous êtes une épaule solide sur laquelle il est possible de tout poser, toujours. Vos conseils, votre soutien et les moments partagés sont une immense richesse pour moi. Ma **Patou**, merci de savoir toujours faire ressortir le meilleur de ce que je suis, tu es mon plus bel exemple de sagesse.

**Papi et Mamie**, merci d'avoir toujours pensé à moi, de m'avoir soutenue et accompagné. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté pour avancer dans cette vie. Merci pour tous les étés à la Faute-sur-Mer qui resteront des souvenirs indélébiles. Le temps passé à vos côtés est précieux. Je vous aime.

**Papi et Mamie**, vous me manquez, je sais que vous êtes à mes côtés.

*A mes amis,*

A tous mes amis de Tours, **Zou, Elo, Matzer, Marinette, Saby, Denis, Flo, Gus, Pierrot, Mathou, Clem, Tob, Come, Mimi, Marie, Ali, Tété, Panzer**, ce que nous avons construit pendant ces années d'études est aussi incroyable qu'indescriptible. Merci pour ces rires, ces si nombreuses soirées, ces beforems pâtes, ces journées à la BU ou cloch, ces raclettes, ces vacances, cet amour, cette bienveillance... Nous nous sommes portés les uns les autres pendant 6 ans et continuerons de le faire toute notre vie. Vous êtes bien plus que des amis, nous sommes une famille. Pour tout, merci.

**Elo et Matzer**, sans vous je n'en serai pas là aujourd'hui. La boule, celle qui nous a porté à trois bien plus haut que nous aurions pu le faire individuellement. Je vous dois tout, merci infiniment.

**Flo**, mon coup de foudre, mon alter ego, le petit soleil de ma vie. Merci de me porter au quotidien, merci d'avoir toujours les mots justes, merci d'être toi, tu m'es indispensable. Nous avançons et grandissons ensemble dans cette vie ou rien. Pour toujours et à jamais.

**Come**, merci pour ce confinement en pleines révisions, pour ton féroce et ta rilette de thon, pour tes conseils avisés, pour cet ami précieux que tu es.

**Pierre**, merci pour ces douces années à tes côtés. Merci pour tout, le quotidien, le soutien, la générosité, les souvenirs. Nous avons grandi et évolué ensemble, tu as su faire ressortir la meilleure partie de moi. Mon affection pour toi est immense.

**Au petit Tou**, à mes amis toulousains, **Max et Flore, Rach et Sam, Paupau et Malo, Marine, Rémi**, la vie à vos côtés depuis 3 ans est un régal ! De la comtesse à triplète en passant par le Fauga nous écrivons notre histoire dans la ville Rose. Merci pour toutes ces soirées de petits chefs, ces verres interminables à refaire le monde, ce tricount qu'on ne clôturera jamais. Avancer à vos côtés dans la bienveillance et la décadence toulousaine me renforce, à vous tous merci.

**Pitou et Clem**, mes amis de toujours, je suis si heureuse d'avoir réussi à vous garder à mes côtés toutes ces années malgré la distance et des chemins différents. Aujourd'hui rien ne change, chaque moment passé avec vous me ramène avec nostalgie et bonheur à notre enfance. Merci à vous.

**Louise N**, comme une évidence dans cette classe de seconde, notre amitié s'est construite à ton image, abracadabrante, prodigieuse, vraie et solide. Merci pour tous les souvenirs que nous avons et pour tous ceux que nous allons créer.

**Bucky**, merci pour la ronronthérapie, indispensable.

*A mes maîtres de stage,*

**Docteur Gasc et Yvernes**, votre bienveillance et votre générosité sont un vrai exemple. Merci pour les six mois inspirants que j'ai passé à vos côtés.

**Docteur Arnaud, Vinas et Valdeyron** pour la confiance et la transmission de la médecine.

**Docteur Rouquier, Graindorge, Laporte et Poulas**, ce dernier stage à vos côtés me permet d'appréhender sereinement ma future vie professionnelle.

**Docteur Lagarrigue**, pour la découverte de la médecine pénitentiaire.

Merci à tous mes co-internes, aux secrétaires et à tous les autres professionnels que j'ai eu l'occasion de croiser et qui m'ont chacun apporté pour ma pratique future.

## **Remerciements personnels de Solenn**

Tout d'abord à toi **Margot**, d'avoir accepté de m'accompagner dans mon projet. Merci pour ta bonne humeur à toutes épreuves, pour ta motivation et ton soutien sans faille malgré les revirements de situation. Ce travail nous a permis de nous rencontrer mais, bien plus qu'une cothésarde, tu es devenue une véritable amie.

### **A ma famille,**

Ma mère et mon beau-père, pour votre indéfectible soutien pendant ces longues années d'étude. Vous m'avez poussé à atteindre mes propres exigences, toujours dans l'amour et la bienveillance.

Mon père, qui n'a pas tout de suite compris mon choix pour la médecine et encore moins mon attrait pour le milieu carcéral. Malgré tout, Kari et toi m'avez soutenu et m'avez toujours témoigné votre fierté.

Kristel, Maxime et Kevin, pour ces liens fraternels qu'on a su construire ensemble. Merci de répondre présents à chaque occasion malgré la distance.

Mon grand-père, qui me fait l'immense plaisir de venir depuis notre douce Bretagne pour assister à ce jour si particulier.

Ma grand-mère, qui m'a toujours encouragé de loin. Je suis heureuse de pouvoir te rendre si fière.

### **A mes amis,**

A ceux avec qui j'ai partagé toutes ces années de médecine. Merci pour tous les beaux moments qu'on a partagé, nos semaines au ski et les autres à venir. Merci d'être toujours présents bien que vous soyez tous partis loin de notre belle ville rose. Je compte sur vous pour passer vos thèses bientôt et nous donner à nouveau l'occasion de se réunir !

Pierre-Henri, pour ton amour et ton soutien au quotidien. Pendant ce travail, tu as maintes fois su apaiser mes doutes et mes angoisses par ton humour et tes attentions. Merci d'être là.

Chloé, toujours présente dans les bons moments comme dans les galères. Un certain commissariat romain en garde encore des preuves.

Pauline, qui complète cet inséparable trio maintenant disloqué entre la pluie parisienne et la grisaille bordelaise. J'espère pourtant continuer à bénéficier longtemps de vos séances de démaquillage sur le canapé en tant qu'éternelle troisième colocataire.

Cassandra et Andréa, à ce tout premier week-end d'intégration qui vous a mis sur mon chemin. Entre aventures vietnamiennes ou voisine de BU, on ne s'est plus jamais lâchées.

Audrey et Imen, des stars de Montpellier jusqu'à Val d'Isère.

Grégoire, Simon, Nicolas et Louis, les sangliers pour les intimes. Le noyau dur de ce groupe sans qui les semaines au ski, à Bouchet ou Collioure ne seraient rien.

Antoine, le seul qui m'a suivi dans la même promo. Mon éternel repère qui ne connaît que trop bien ma phobie de la solitude.

Baptiste, notre casse-cou alpin.

Adam, mon acolyte depuis la PACES. C'est toujours un plaisir de réussir à te croiser entre deux trails !

Audrey, Adrien, Pierre, Romain et Bastien, toujours fidèles depuis le lycée. Notre amitié a su résister à l'épreuve du temps et de nos orientations différentes. Je suis heureuse de vous avoir toujours près de moi aujourd'hui.

Aux ophtalmo, Geoffrey, Romain, Jeanne et Emma qui m'ont adopté comme une des leurs.

### **A mes maîtres de stage,**

Docteur Philippe Boulanger, pour son inspirante humanité.

Docteur Christelle Cazottes, qui m'a enseigné la rigueur avec bienveillance et m'a accordé sa confiance.

Docteur Aude Lagarrigue, qui m'a transmis son attrait pour la médecine pénitentiaire.

Docteurs Lucie Gasc et Anne-Lise Yvernes, pour leur extrême empathie.

Enfin, merci aux internes, médecins, professionnels de santé et aux patients qui ont marqué mon parcours et m'ont enrichi humainement et professionnellement.

## **Serment d'Hippocrate**

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

# TABLES DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>6</b>
<b>I. Type d'étude</b>	<b>6</b>
<b>II. Sélection des articles</b>	<b>6</b>
1. Critères d'inclusion	6
2. Critères d'exclusion	7
3. Sources d'information	7
4. Stratégie de recherche	7
5. Processus de sélection	8
6. Evaluation de la qualité des revues	9
7. Extraction des données	10
<b>RESULTATS</b>	<b>11</b>
<b>I. Sélection des articles</b>	<b>11</b>
<b>II. Extraction des données</b>	<b>13</b>
<b>III. Synthèse des données</b>	<b>17</b>
1. Dépistage et diagnostic	17
2. Formation	20
3. Adaptation du milieu de vie	22
4. Approche interdisciplinaire	26
5. Préparation à la sortie et libération anticipée	28
<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<b>I. Synthèse des résultats</b>	<b>29</b>
<b>II. Forces de l'étude</b>	<b>30</b>
<b>III. Limites de l'étude</b>	<b>31</b>
<b>IV. Dépistage et diagnostic des troubles cognitifs dans les prisons françaises</b>	<b>32</b>
<b>V. Formation du personnel pénitentiaire en France</b>	<b>33</b>
<b>VI. Formation des codétenus en France</b>	<b>34</b>
<b>VII. Orientation du détenu atteint de démence légère à modérée en France</b>	<b>35</b>
<b>VIII. Place du détenu atteint de démence sévère et fin de vie en détention</b>	<b>37</b>
<b>IX. Ouverture</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>45</b>

## **TABLE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1</b> : Equations de recherche	8
<b>Tableau 2</b> : Extraction des données	14

## **TABLE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : Diagramme de flux	12
-------------------------------------	----

## **TABLE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1</b> : Tableau de sélection sur les textes intégraux	45
<b>Annexe 2</b> : Articles inclus	51
<b>Annexe 3</b> : Articles exclus et raison de leur exclusion	53
<b>Annexe 4</b> : Grilles d'évaluation méthodologiques	61

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MeSH : Medical Subject Heading

MMSE : Mini-Mental nState Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PADL : Prison activities of daily living

POPs : Project for Older Prisoners

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RECOOP : Rehabilitation and Care Of Older Prisoners

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SNPID : "Special Needs Program for Inmates with Dementia"

TNC : Trouble Neurocognitif

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

UCSA : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UK : United Kingdom

VIH : Virus de l'Immunodeficiency Humaine

## **INTRODUCTION**

Depuis plusieurs décennies, la population carcérale ne cesse de croître. Au premier mai 2023, on comptait en France 73 162 personnes détenues (1). Depuis 1990, la part des détenus de plus de 60 ans a été multiplié par 6 alors que la population carcérale totale n'a été multipliée que par 1,7. Nous notons le même phénomène ailleurs dans le monde, aux Etats-Unis par exemple, le pourcentage des patients détenus âgés de plus de 54 ans est passé de 3% en 1991 à 8% en 2011 (2).

Cette démographie des personnes âgées en détention s'inscrit dans un phénomène mondial du vieillissement de la population générale. La proportion des plus de 60 ans devrait atteindre 21% de la population mondiale d'ici 2050 (3). En France, L'Insee (4) décrit une augmentation de 4,7% des plus de 65 ans sur les vingt dernières années. L'augmentation de l'âge des détenus s'explique en partie par le vieillissement global de la population mais également par l'allongement des peines d'emprisonnement et l'entrée en détention à des âges plus tardifs (5).

Actuellement, un individu est considéré comme âgé à partir de 60 ans selon l'OMS ou 65 ans selon l'Insee et l'Anses (6). Même s'il n'existe pas à ce jour de définition stricte sur le sujet, la littérature tend à définir le "détenu âgé" à partir de 50 ans (7,8). L'âge physiologique des détenus dépasse donc leur âge chronologique de 10 à 15 ans. Ce phénomène s'explique par une altération prématurée de l'état de santé global induite par une mauvaise hygiène de vie, des infections secondaires à des conduites à risque ou un recours aux toxiques plus fréquent (9).

Le vieillissement de la population carcérale s'accompagne également d'une augmentation de la fréquence des maladies chroniques chez les détenus (10) et, entre autres, des troubles cognitifs. Selon la HAS, le trouble neurocognitif (TNC) majeur est défini comme une réduction acquise significative, évolutive et persistante des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, non expliquée par une dépression ou un trouble psychotique (11). En France, on estimait à environ 1,2 millions le nombre de personnes souffrant de TNC en 2014 (12), et à 55,2 millions dans le monde en 2019 (13), dont la majorité est attribuée à la maladie d'Alzheimer. Selon la HAS, la prise en charge des TNC doit être interdisciplinaire et repose essentiellement sur le diagnostic précoce ainsi que sur la mise en place d'interventions non pharmacologiques telles que le maintien de l'autonomie et le soutien des aidants (14,15).

La prévalence des TNC majeurs en détention n'est pas connue précisément car il existe très peu d'articles sur le sujet. Elle varie de 5 à 45 % selon les études (16–18) mais est beaucoup plus élevée chez les détenus qu'elle ne l'est en population générale pour les personnes du même âge (9). Les facteurs identifiés, surexposant la population carcérale au risque de démence sont les traumatismes crâniens répétés, les comorbidités cardiovasculaires et addictologiques, un niveau socio-éducatif bas, une hygiène de vie et un état de santé précaires (17,19,20).

L'accès, la qualité et la continuité des soins pour les détenus sont encadrés par la loi française n°94-43 du Code de la santé publique du 18 janvier 1994 (21). Celle-ci stipule qu'ils doivent être identiques à ceux de la population générale. La même ligne de conduite s'inscrit sur le plan international puisque selon le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme « les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique » (22). En pratique, les détenus souffrant de troubles cognitifs se retrouvent pourtant confrontés à un environnement carcéral inadapté ne permettant pas le maintien de leur autonomie et les excluant de la vie collective (23). Les interventions d'aides à domicile, les consultations médicales et les soins paramédicaux sont en réalité difficiles d'accès et largement insuffisants (24,25). Les TNC, souvent sous-diagnostiqués en détention, rendent les détenus particulièrement vulnérables au harcèlement, à la violence et aux abus sexuels. Cette négligence entraîne une majoration des troubles, des mesures disciplinaires injustifiées et questionne sur le maintien en détention de ces patients (10,19,26).

Dans ce contexte, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature synthétisant les modèles de prise en charge des troubles cognitifs dans le milieu carcéral mondial. Nos objectifs sont de proposer une amélioration de la prise en charge, adaptable au milieu pénitentiaire français, ainsi que du dépistage qui lui est intimement lié. Enfin, la réalisation de ce travail, nous amène à questionner la place du détenu atteint de TNC en détention.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **I. Type d'étude**

La revue systématique de la littérature est le type d'étude le plus adapté pour recenser les pratiques actuelles de prise en charge des troubles cognitifs dans le milieu carcéral mondial.

## **II. Sélection des articles**

### **1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des articles sont définis selon les critères PICO suivants, retenus après une première recherche bibliographique effectuée sur le sujet sans méthodologie rigoureuse :

- Population étudiée : les détenus masculins et féminins de plus 50 ans en milieu carcéral présentant un TNC.
- Intervention : synthèse des différents modèles de prise en charge existants.
- Comparaison : rapprochements des modèles de prise en charge selon les pays.
- Outcomes :
  - Critère principal : état des lieux de la prise en charge globale des détenus de plus de 50 ans atteints d'un TNC en détention.
  - Critères secondaires : recensement des outils de dépistage des TNC en détention, réflexion éthique sur la place du détenu atteint de TNC en détention.
- Types d'études : revues systématiques, méta-analyses, étude de cas, études interventionnelles, études qualitatives et quantitatives.
- Date de publication : toutes les publications jusqu'au 31/01/2023.
- Langues : français et anglais.

## **2. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion que nous avons retenus après une première recherche bibliographique effectuée sur le sujet sans méthodologie rigoureuse sont : la population âgée de moins de 50 ans ou hors détention, la prise en charge de troubles psychiatriques isolés, de confusion aiguë ou de déficit intellectuel.

En revanche, les études dont le critère principal cible les femmes ou traitent de la prise en charge d'un trouble cognitif en association à une autre pathologie (psychiatrique notamment) ne sont pas exclues.

## **3. Sources d'information**

Une recherche systématique de la littérature a été réalisée le 31 janvier 2023 en utilisant les moteurs de recherche PubMed, Web of Science et Scopus.

Nous avons décidé de ne pas retenir la revue Cochrane Library car après de multiples essais, très peu de résultats existaient sur notre sujet et aucun ne nous a semblé pertinent. Nous n'avons pas pu utiliser la base de données EMBASE à la suite de problématiques d'autorisation d'accès.

Les références bibliographiques des articles sélectionnés ont ensuite été étudiées afin de compléter la recherche et de n'omettre aucune autre source.

## **4. Stratégie de recherche**

De nombreuses équations de recherche ont été testées sur les différentes bases de données. Les équations retenues pour les bases de données, permettant d'obtenir le maximum de résultats pertinents, sont présentées dans le Tableau 1.

Dans la base de données PubMed, une recherche en terme MeSH (thésaurus de référence dans le domaine biomédical) a été réalisée. Pour les autres bases de données, des mots-clés similaires aux termes MeSH ont été retenus.

Tableau 1 : Equations de recherche

Bases de données	Equations de recherche
Pubmed	("neurocognitive disorders" [MeSH Terms] NOT ("intellectual disability" [MeSH Terms] OR "autism spectrum disorder" [MeSH Terms])) AND ("correctional facilities" [MeSH Terms] OR "prisoners" [MeSH Terms] OR "criminals" [MeSH Terms])
Web of Science	(TS=(dementia) OR TS=("cognitive impairment") OR TS=("neurocognitive disorder*") OR TS=("cognitive disorder*") OR TS=("alzheimer disease") OR TS=("cognitive defect")) NOT (TS=("mental deficienc*") OR TS=("intellectual deficienc*") OR TS=(autism)) AND (TS=("correctional facilit*") OR TS=(prison) OR TS=(imprison*) OR TS=(criminal*) OR TS=(felon) OR TS=(offender*) OR TS=(convict*) OR TS=(jail*) OR TS=(custody) OR TS=("custodial facilit*") OR TS=("penal center*") OR TS=("penal institution*") OR TS=(inmate*) OR TS=(prisoner*) OR TS=(penitentiary*))
Scopus	(( TITLE-ABS-KEY ( dementia ) OR ( {cognitive impairment} ) OR ( {alzheimer disease} )) AND NOT ( TITLE-ABS-KEY ( autism ) OR ( {mental deficiencies} ) OR ( delirium ) ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( prison* ) OR ( {correctional facilities} ) ) )

\*TS : recherche dans le titre et dans l'abstract

## 5. Processus de sélection

La sélection des articles s'est faite de manière indépendante par chacune des deux chercheuses en plusieurs étapes.

1. Identification des différentes références issues des bases de données grâce aux équations de recherche retenues ci-dessus.

2. Sélection indépendante des articles selon les critères PICO après retrait des doublons.
  - Sur lecture des titres tout d'abord, puis mise en commun sans discussion quant aux choix de chacune avec intervention du directeur de thèse pour la gestion des désaccords.
  - Sur lecture des résumés (abstracts) ensuite, puis deuxième mise en commun sans discussion quant aux choix de chacune avec intervention du directeur de thèse pour la gestion des désaccords.
3. Éligibilité : Récupération des articles potentiellement pertinents en texte intégral pour sélection finale par chaque chercheuse en fonction des critères PICO. Troisième et dernière mise en commun avec discussion sur le choix des articles retenus par chacune. En cas de doute ou de désaccord sur l'éligibilité d'un article, nous nous en remettons à un troisième chercheur (notre directeur de thèse, le Dr. VASSEUR Jonathan) pour trancher.
4. Inclusion des articles répondant aux critères de recherche dans la méta-revue. Inclusion, après étude complémentaire, des références bibliographiques pertinentes des articles sélectionnés.

Les articles qui semblaient initialement éligibles mais qui ont été ultérieurement exclus après lecture du texte intégral ont été répertoriés dans une liste avec les motifs de leur exclusion dans l'annexe 3.

## **6. Evaluation de la qualité des revues**

Les articles sélectionnés font l'objet d'une analyse de leur qualité méthodologique. Cette analyse a été réalisée indépendamment par les deux chercheuses à l'aide des grilles (Annexe 4) :

- PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) pour les méta-analyse ;
- STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) pour les études observationnelles ;
- SQUIRE (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) pour les études sur l'amélioration de la qualité des soins ;
- COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour les études qualitatives ;
- CARE (Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development) pour les études de cas.

## **7. Extraction des données**

Les articles inclus dans la revue systématique sont analysés afin d'en extraire les données sur la prise en charge des détenus de plus de 50 ans atteints d'un TNC en détention (critère de jugement principal), ainsi que sur la difficulté diagnostic de cette pathologie, et sur les problématiques éthiques qu'elle engendre (critères de jugement secondaire). Cette extraction a été réalisée de manière indépendante par les deux chercheuses. Les articles inclus sont classés selon leur niveau de preuve définie par la HAS.

Les données ont ensuite été mises en commun et présentées sous forme de tableau (Tableau 2), selon un ordre de présentation défini par la grille PRISMA.

# **RESULTATS**

## **I. Sélection des articles**

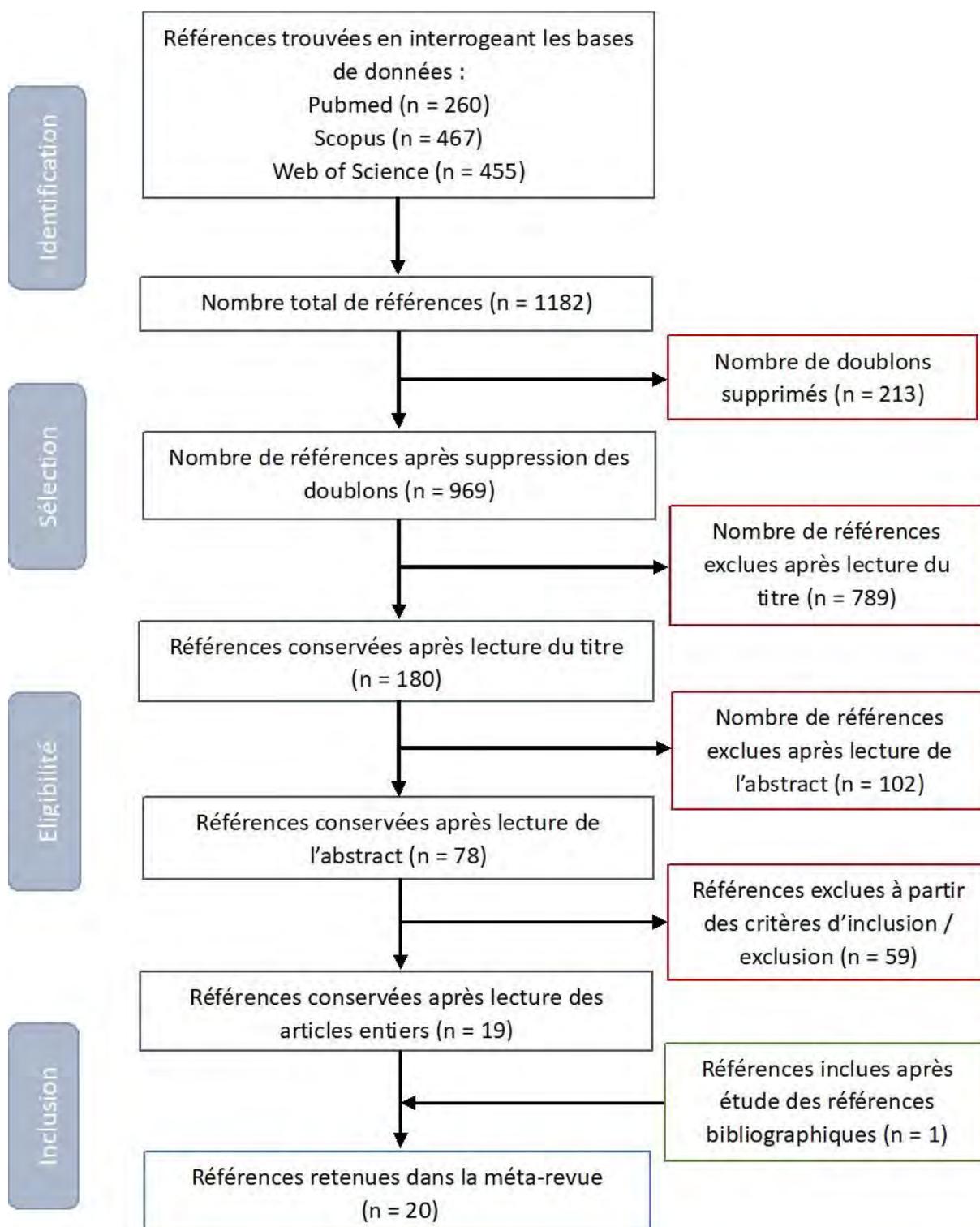
Le processus de sélection des articles est retranscrit dans la Figure 1.

Au total, 20 références ont été incluses dans notre méta-revue : 4 revues systématiques, 2 études qualitatives, 1 étude de cas, 1 étude mixte sur l'amélioration de la qualité des soins, 1 étude observationnelle transversale, 1 chapitre de livre, 1 rapport de la Mental Health Foundation et 9 articles de presse.

Lors de la phase de sélection sur les textes intégraux, deux articles firent l'objet d'un désaccord entre les deux chercheuses quant à leur inclusion. Ce désaccord fut résolu conformément à la méthodologie établie à priori par l'intervention d'un troisième chercheur, le Dr. VASSEUR Jonathan, afin de garantir une meilleure reproductibilité.

La liste des références des articles inclus et exclus lors de la lecture des textes intégraux, ainsi que les motifs d'exclusion, sont disponibles en annexe (Annexes 1, 2 et 3). Les références bibliographiques des 19 articles sélectionnés furent parcourues, ce qui a permis l'inclusion d'un article pertinent supplémentaire.

Figure 1 : Diagramme de flux



## **II. Extraction des données**

L'extraction des données pertinentes des 20 articles inclus dans notre analyse est présentée sous forme de tableau (Tableau 2) et les articles hiérarchisés par ordre de qualité décroissante grâce aux scores obtenus à l'aide des différentes grilles méthodologiques présentées en annexe (Annexe 4).

Selon le niveau de preuve scientifique défini par la HAS, 4 références incluses dans notre revue sont de Grade A, 4 références sont de grade B et 12 références sont de grade C.

Tableau 2 : Extraction des données

Auteurs	Titre	Pays / Date	Méthodologie et niveau de preuve	Score méthodologique	Principaux résultats
HJ du Toit et al.	Best care option for older prisoners with dementia : a scoping review	Australie / 2019	Revue systématique Grade A	PRISMA S : 68% M : 65%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage précoce</li> <li>- Adaptation de l'environnement architectural</li> <li>- Programmes spécialisés avec activités sociales adaptées</li> <li>- Discussion d'une libération conditionnelle ou anticipée</li> <li>- Formation du personnel et des codétenus</li> </ul>
Brooke J et al.	The impact of dementia in the prison setting : a systematic review	Royaume Uni / 2018	Revue systématique Grade A	PRISMA S : 63 % M : 59 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement adapté, structuré, services spécifiques pour détenus déments</li> <li>- Approche multidisciplinaire</li> <li>- Dépistage précoce, développement d'outils de dépistage adaptés</li> <li>- Programmes de formation pour personnel pénitentiaire</li> </ul>
Peacock S, Burles M et al.	Olders persons with dementia in prison : an integrative review	Canada et Royaume Uni / 2019	Revue systématique Grade A	PRISMA S : 57% M : 54%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage et diagnostic de la démence</li> <li>- Amélioration de la formation du personnel et intervention de codétenus bénévoles</li> <li>- Création d'équipe multidisciplinaires</li> </ul>
Cipriani G et al.	Old and dangerous : prison and dementia	Italie / 2017	Revue systématique Grade A	PRISMA S : 26 % M : 26 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche proactive dans la détection précoce de la démence</li> <li>- Soins centré sur le maintien d'une attitude axée sur la dignité humaine</li> <li>- Formation des codétenus</li> <li>- Evaluation des troubles cognitifs systématique après 50 ans</li> <li>- Formation spécifique pour tout le personnel sur la démence</li> <li>- Collaboration avec des services médicaux et paramédicaux spécialisé pour fournir des conseils spécifiques</li> <li>- Création d'unité spéciale pour les patient détenus</li> </ul>
Treacy S et al.	Dementia-friendly prisons : a mixed-methods evaluation of the application of dementia-friendly community principles to two prisons in england	Royaume Uni / 2019	Etude interventionnelle mixte comparative non randomisée sur amélioration de la qualité des soins Grade B	SQUIRE S : 74,2% M : 71,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel à la démence</li> <li>- Autonomisation et implication des détenus déments</li> <li>- Adaptation de l'environnement carcéral</li> <li>- Collaboration avec équipes pluridisciplinaires en interne et en externe</li> </ul>
HJ du Toit et Ng S	Improving care for older prisoners living with dementia in Australian	Australie / 2021	Etude descriptive qualitative Grade B	COREQ S : 66% M : 62,5 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel au sein d'unités spécialisées</li> <li>- Collaboration avec des services de santé traditionnels et équipes spécialisées</li> </ul>

	prisons : perspectives of external organizations				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des codétenus et modèle de soutien par les pairs</li> <li>- Dépistage précoce</li> <li>- Planification et anticipation de la sortie</li> </ul>
Patterson K et al.	Improving the care of older persons in Australian prisons using the policy delphi method	Australie / 2014	Etude qualitative prospective par méthode Delphi Grade B	COREQ S : 53% M : 53 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation de tout le personnel avec mise en réseau</li> <li>- Proposition d'un schéma de dépistage</li> <li>- Importance d'une prise en charge locale</li> <li>- Importance de l'inclusion du personnel pénitentiaire pour évaluation fonction cognitive des détenus</li> </ul>
Moll A	Losing track of time. Dementia and the ageing prison population: treatment challenges and examples of good practice	Etats-Unis et Royaume Uni / 2013	Rapport de la Mental Health Foundation basée sur recherche qualitative prospective Grade B	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des détenus âgés (dépistage)</li> <li>- Coordination avec des associations et des équipes multidisciplinaires</li> <li>- Formation du personnel et des codétenus avec système de soutien par les pairs</li> <li>- Adaptation de l'environnement social avec emplois alternatifs et activités adaptées</li> <li>- Adaptation de l'environnement architectural</li> </ul>
Brooke J et Rybacka M	Development of a dementia education workshop for prison staff, prisoners, and health and social care professionals to enable them to support prisoners with dementia	Royaume Uni / 2020	Etude observationnelle descriptive transversale Grade C	STROBE S : 48% M : 44 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel pénitentiaire, des détenus, des soignants et travailleurs sociaux</li> <li>- Adaptation de l'environnement social</li> </ul>
Peacock S, Hodson A. et al.	Living with dementia in correctional settings	Canada et Royaume Uni / 2018	Etude de cas Grade C	CARE S : 33% M : 31%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention d'équipes interdisciplinaires, voire de services spécialisés, collaboration avec des organisations communautaires</li> <li>- Dépistage et diagnostic précoce</li> <li>- Développement de programmes spécifiques avec formation du personnel et des codétenus</li> <li>- Adaptation de l'environnement architectural</li> <li>- Préparation à la sortie</li> </ul>
Maschi T et al.	Forget me not : Dementia in prison	Etats-Unis / 2012	Article didactique, étude descriptive Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expériences des personnes détenues atteintes de TNC en détention</li> <li>- Modification environnement</li> <li>- Intervention de bénévoles et personnel interdisciplinaire</li> <li>- Services spécifiques pour les détenues atteintes</li> </ul>
Moll A	Dementia behind bars : An unexpected yet predictable crisis	Royaume Uni / 2013	Article didactique de presse Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration sensibilisation personnel et participation au diagnostic</li> <li>- Intervention d'organismes extérieurs</li> <li>- Formation des jeunes détenus en soutien</li> <li>- Adaptation milieu de vie</li> <li>- Détails des programmes existant avec RECOOP</li> </ul>

Feczko A	Dementia in the incarcerated elderly adult : innovative solutions to promote quality care	Etats-unis / 2014	Article didactique, étude descriptive Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocole d'aide au diagnostic</li> <li>- Dépistage et diagnostic</li> <li>- Traitement non pharmacologique</li> </ul>
Hodel B et Sanchez H	The special needs program for inmate-patient with dementia (SNPID) : a psychosocial program provided in the prison system	Etats-Unis / 2012	Article, étude descriptive Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement physique et social</li> <li>- Formation du personnel et des codétenus</li> <li>- Groupes spécialisés avec activités adaptées</li> </ul>
Peate I	Dementia care and offender population	Royaume Uni / 2013	Article didactique de presse Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et sensibilisation des agents pénitentiaires</li> <li>- Amélioration de la détection précoce et test de dépistage</li> <li>- Favoriser les interventions extérieures</li> <li>- Adaptation du lieu de détention</li> </ul>
Gaston S	Vulnerable prisoners : dementia and the impact on prisoners, staff and the correctional setting	Australie / 2017	Article didactique de presse Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégies d'identification et prise en charge précoce de la démence</li> <li>- Formation spécifique pour le personnel, formation de codétenus</li> <li>- Développement de liens avec organisations et soignants extérieurs</li> <li>- Adaptation de l'environnement</li> <li>- Anticipation de la sortie pour continuité des soins</li> </ul>
HJ du Toit S et McGrath M	Dementia in prisons - enabling better care practices for those ageing in correction facilities	Australie / 2017	Article didactique descriptif Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel pénitentiaire</li> <li>- Approche collaborative entre gardiens de la paix et les codétenus aidants</li> <li>- Participation d'ergothérapeutes : interventions de groupe et individuelles, modifications environnementales</li> </ul>
Moore K et Burtonwood J	Are we failing to meet the healthcare needs of prisoners with dementia ?	Royaume Uni / 2019	Article didactique, commentaire Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel pénitentiaire, des soignants et des codétenus</li> <li>- Enjeux éthiques du dépistage</li> <li>- Modification de l'environnement architectural</li> <li>- Maintient du contact familial</li> <li>- Discussion d'une libération conditionnelle ou anticipée</li> </ul>
Brooke J	Dementia in prison : an ethical framework to support research, practice and prisoners	Royaume Uni / 2021	Chapitre de livre Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel et des codétenus avec système de soutien par les pairs</li> <li>- Adaptation de l'environnement architectural et création d'unités spécifiques</li> <li>- Adaptation de l'environnement social avec proposition d'activités adaptées</li> <li>- Création d'équipes multidisciplinaires</li> </ul>
Kitt-Lewis E et Loeb S	Emerging need for dementia care in prisons : opportunities for gerontological Nurses	Etats-Unis / 2022	Article didactique de presse Grade C	Non applicable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel pénitentiaire et des codétenus</li> <li>- Collaboration avec des équipes spécialisées (ex : IDE en gérontologie)</li> </ul>

### III. Synthèse des données

#### 1. Dépistage et diagnostic

##### a) Dépistage

L'importance d'un dépistage précoce de la démence comme condition nécessaire à sa prise en charge est décrite dans plus de treize articles de cette étude.

*Maschi T. et al* et *Feczko A.* considèrent dans leurs articles que la première étape du dépistage consiste à l'identification des facteurs de risques connus du développement d'un TNC majeur. Il est décrit que la proportion d'adultes âgés atteints de démence en détention s'explique par la présence plus fréquente de facteurs de risques biologiques tels que des déséquilibres métaboliques sur le plan rénal, thyroïdien et hépatique. Il est décrit également que ces individus présentent plus régulièrement un état de santé physique et mental détérioré les exposant au risque de développer une démence. D'autres comorbidités sont retrouvées tels que les antécédents cardiologiques personnels et notamment l'infarctus du myocarde, le faible niveau d'éducation et les antécédents familiaux de démence. La population carcérale présente par ailleurs un taux de lésions cérébrales traumatiques et des antécédents de toxicomanie beaucoup plus fréquents qu'en population générale ce qui représente des facteurs de risque supplémentaires de développer une démence. Ainsi, dans l'article de *Feczko A.*, l'auteur suggère une identification précoce des facteurs de risques pour permettre la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Le MMSE est un outil de dépistage pour l'évaluation de l'état cognitif des patients et est celui qui est principalement utilisé en détention comme affirmé dans les articles de *Gaston S.*, *Peacock S.*, *Burles M. et al* et *Moll A.* Cet outil présente cependant des limites retrouvées dans le livre de *Brooke J.* et l'article de *Gaston S.* car il n'a pas été étudié pour une utilisation dans le milieu carcéral. Les premiers items reposant sur l'évaluation de l'orientation et du repérage dans le temps, sont difficilement applicables car certains détenus ne souffrant pas de troubles cognitifs peuvent présenter une désorientation spatiale dans le contexte de l'incarcération, surtout dans les premiers mois.

Plusieurs références, dont les articles de *Feczko A.*, *Brooke J. et al* et *Gaston S.* s'appuient quant à eux majoritairement sur le PADL. Cet outil est développé à partir de l'IADL, un questionnaire abrégé permettant une évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne, qui a été adapté pour le milieu carcéral. Il comprend cinq items : s'allonger lors du retentissement

des alarmes, se tenir debout pendant l'appel, se rendre à la salle à manger à l'heure du repas, entendre les ordres du personnel, monter et descendre du lit superposé. Ce test a cependant été développé pour un milieu carcéral américain et n'a pas, à ce jour, été validé dans d'autres pays.

Bien qu'ils soient les plus utilisés, l'application du MMSE et du PADL est limitée face au nombre de détenus inaptes à subir un dépistage. Les problèmes de compréhension entraînés par l'influence de toxiques ou la barrière de la langue perturbent l'applicabilité de ces tests comme le soulignent les articles de *Peacock S., Burles M. et al, Moore K. et Burtonwood J. et Feczko A.* Devant le peu d'outils disponibles et la difficulté à les mettre en place, les articles de *Patterson K. et al* et *Brooke J. et al* proposent une autre alternative de dépistage. L'identification d'un trouble cognitif repose sur la réalisation d'un test de mémoire consistant à retenir trois mots afin d'évaluer la mémoire épisodique, et d'un test de l'horloge pour évaluer les fonctions cognitives. Un échec à l'un des tests conduit à des évaluations plus approfondies.

Plusieurs publications affirment que les investigations doivent être faites régulièrement avec une réévaluation annuelle en cas de positivité. Cette idée, partagée dans les articles de *Patterson K. et al, Peate I., Gaston S. et HJ du Toit et al*, stipule qu'une évaluation est nécessaire pour tous les nouveaux arrivants de plus de 50 ans alors que dans les articles de *Peacock S., Burles M. et al* et *Brooke J.*, le seuil est fixé à 55 ans.

Largement recommandé, ce dépistage présente d'autres limites telles que le manque de temps et de formation des infirmières et du personnel pénitentiaire ainsi que le manque d'outils de dépistage validés spécifiquement pour la prison comme l'expliquent les articles de *Patterson K. et al* et *Gaston S.* La revue de *HJ du Toit et al* ajoute le coût associé au recours à des équipes spécialisées comme limite supplémentaire.

Malgré la volonté d'effectuer un dépistage, plusieurs auteurs dont *Gaston S. et Patterson K. et al* rapportent dans leurs articles la difficulté d'identification des premiers symptômes. Ils sont susceptibles d'être masqués par la routine structurée de la vie carcérale augmentant la probabilité de ne pas identifier la maladie avant les derniers stades. En effet, de nombreuses tâches de la vie quotidienne ne sont peu ou pas réalisées directement par les détenus comme le souligne l'article de *Cipriani G. et al*, telles que faire la lessive et la cuisine ou la gestion des finances.

## **b) Diagnostic**

Après avoir obtenu un dépistage positif, les articles de *Patterson K. et al*, *Peate I., Brooke J. et al* et *Peacock S., Burles M. et al* recommandent d'avoir recours à des tests plus approfondis pour permettre de poser le diagnostic.

Dans son article, *Feczko A.* décrit une démarche diagnostique précise. Elle comprend un interrogatoire associé à un examen somatique qui peuvent mettre en évidence une difficulté à trouver ses mots ou une diminution de la fluidité verbale. Les anomalies neurologiques retrouvées lors de ces examens peuvent orienter le clinicien vers différentes étiologies de démence. Pour éliminer un diagnostic différentiel, il convient de réaliser un bilan étiologique comprenant entre autres un dosage de vitamine B12, des folates, de la TSH, une numération formule sanguine, ainsi que des sérologies syphilis et VIH. La réalisation d'une imagerie cérébrale, à savoir une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique est également préconisée.

L'article de *Maschi T. et al* s'attarde sur les prédispositions nécessaires à la démarche diagnostique. Il souligne l'importance d'accompagner l'individu diagnostiqué dans la compréhension et l'acceptation de sa maladie. Cela débute avant même le dépistage en préparant les patients à l'idée que le diagnostic de démence est une possibilité à l'issue de la réalisation des tests. L'intégration des membres de la famille permet un soutien supplémentaire. L'annonce de cette pathologie nécessite également une information sur le pronostic. Comme expliqué dans l'article de *Cipriani G. et al*, un soutien adéquat précoce devrait être apporté aux détenus tant qu'ils ont encore une certaine capacité mentale pour comprendre et être actifs dans leur plan de soin.

Il n'existe pas de recommandation pour le diagnostic de la démence en détention, cependant plusieurs auteurs dont *Peacock S., Burles M. et al* et *Feczko A.* décrivent la nécessité de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire, formée et sensibilisée à la démence pour poser ce diagnostic.

Devant les enjeux éthiques que présente le dépistage, l'article de *Moore K. et Burtonwood J.* met en garde sur l'importance de la clarification des avantages que doit produire la démarche de dépistage pour le patient. La priorité est mise sur l'amélioration du parcours de soin afin que les bénéfices du diagnostic deviennent plus clairs. L'annonce d'une démence pouvant engendrer une perte des contacts sociaux et de certains avantages du milieu carcéral, il est essentiel que le parcours de soins soit clairement défini auprès du détenu avant d'entreprendre une démarche de dépistage.

## 2. Formation

### a) Du personnel soignant et pénitentiaire

Les articles de *Brooke J., Patterson K. et al* et *Brooke J. et Rybacka M.* s'accordent sur l'importance de l'implication du personnel soignant et pénitentiaire dans la prise en charge des patients détenus.

L'article de *Patterson K. et al* met en évidence que le personnel se sent souvent isolé et en difficulté face aux détenus atteints de démence par leur manque de formation et de temps. C'est pourtant le personnel qui passe le plus de temps auprès des prisonniers et qui est le plus à même de reconnaître et prendre en charge cette pathologie. Différents auteurs, comme *Patterson K. et al*, *Peate I.*, *Gaston S.* et *Kitt-Lewis E. et Loeb S.*, expriment dans leurs articles, l'importance de fournir une formation durable et interdisciplinaire à tous les agents carcéraux sur la reconnaissance et la prise en charge des TNC majeurs.

La revue de *Cipriani G. et al* aborde la formation comme moyen d'enseigner les devoirs et les responsabilités qui incombent au personnel en lien avec la démence. Cet apprentissage permet d'accroître la détection des symptômes et la compréhension de la maladie pour un meilleur accompagnement. Dans l'article de *Gaston S.*, la formation du personnel pénitentiaire est construite selon cinq axes qui se composent de la façon suivante : le repérage des affections courantes liées à l'âge comme la perte auditive ou visuelle ; l'identification de symptômes pathologiques liés à l'âge comme l'incontinence ou les chutes ; la sensibilisation au trouble cognitif une fois qu'il est diagnostiqué ; les conséquences de tous les symptômes précédemment énoncés sur le quotidien des personnes qui en souffrent ; et l'évaluation de la nécessité d'une consultation médicale rapide.

L'étude de *Brooke J. et Rybacka M.* détaille la création d'un programme de formation de 2 heures sur la prise en charge de la démence créé à partir des connaissances du personnel, des détenus et d'organismes externes, et qui est destiné à tous le personnel pénitentiaire ainsi qu'aux détenus. Le contenu de cet atelier porte sur l'amélioration de la connaissance des symptômes de la démence et le soutien des détenus atteints de cette pathologie. Des programmes similaires ont été mis en œuvre dans 14 autres prisons (aux Etats-Unis, en Angleterre, en Belgique et au Japon). De même, l'article de *Treacy S. et al.* décrit la mise en place d'un programme de formation sur les besoins spéciaux des détenus atteints de démence légère à modérée au sein de deux établissements. Ce programme est axé sur l'analyse des troubles du comportement secondaires à une privation

sensorielle, la douleur, l'ennui ou la solitude. L'objectif est la mise en place de thérapeutiques préventives pour limiter les situations de stress.

Le rapport de *Moll A.* met en avant le rôle prépondérant de la formation du personnel pénitentiaire aux Etats-Unis et au Royaume Uni pour la prise en charge de la démence, en lien étroit avec le milieu associatif. A l'île de Wight par exemple, le personnel a suivi une formation d'une semaine sur la communication et la prestation de soins dans la démence dispensée par l'association Dementia UK. L'article de *Peacock S., Hodson A. et al* cite l'exemple de l'association Alzheimer Scotland qui propose des séances de sensibilisation à la démence destinée aux détenus, au personnel et même aux familles grâce à leur unité mobile "Alzheimer Scotland Memory bus". Aux Etats-Unis, le personnel et les détenus volontaires du programme SNPID décrit par *Hodel B. et Sanchez H.* bénéficient d'une formation spécifique d'une durée de 6 à 12 mois organisée par la Alzheimer's Association. Une de ses branches locales a également conçu un programme de formation pour le personnel de la prison de Fishkill à New York. Selon le rapport de *Moll A.*, il s'agit du programme offrant la formation la plus complète et le personnel est recruté sur la base de sa motivation. L'objectif est de fournir une compréhension approfondie de l'impact de la démence sur le comportement des détenus pour mieux les prendre en charge.

Malgré de nombreux exemples de programmes existant, l'étude de *Treacy S. et al* souligne qu'aucun consensus sur le contenu et le temps de formation n'est disponible dans la littérature actuellement. Le coût des ateliers et la présence de problématiques carcérales prioritaires, telles que la santé mentale et la toxicomanie, sont également des barrières à leur mise en place.

## **b) Des codétenus**

Si la formation du personnel permet de s'assurer de la qualité de la prise en charge, les soins apportés aux détenus âgés avec des troubles cognitifs sont souvent chronophages comme décrit dans l'article de *Moll A.* Ainsi, des programmes d'entraide entre pairs sont développés pour y pallier, comme retrouvé dans douze des vingt références incluses.

Dans tous les articles abordant cette thématique, il est affirmé que les détenus formés sont sélectionnés à partir de critères d'éligibilité précis pour assurer la sécurité des patients atteints de démence. Les deux exemples de programmes les plus souvent énoncés sont le "Gold Coat" (Manteau doré) mis en place dans la California Men's Colony aux Etats-Unis et le "Buddy Support Worker" (Agent de soutien aux copains) en Angleterre.

Le “Gold Coat”, pris en exemple dans les articles de *Maschi T. et al*, *HJ du Toit et McGrath M.*, et *Brooke J.* est un programme de formation pour accompagner les détenus atteints de démence. Pour y avoir accès, le détenu volontaire ne doit pas avoir fait l’objet de mesure disciplinaire au cours des dix dernières années, doit purger une peine suffisamment longue et ne pas avoir d’antécédents de troubles cognitifs ou psychiatriques. La formation est assurée par une antenne locale de la Alzheimer’s Association sur une durée de 90 à 120 jours à l’issue de laquelle un examen est organisé. Leur rôle consiste à s’assurer que les détenus atteints de démence reçoivent correctement leurs soins médicaux, et qu’ils aient accès à un soutien social. Cette approche permet entre autres de fournir une protection contre le risque de harcèlement dont peuvent être sujets les détenus avec des troubles cognitifs du fait de la vulnérabilité induite par la pathologie.

Un second programme développé dans le livre de *Brooke J.*, le « Buddy support worker », propose une formation aux détenus volontaires pour apporter un soutien social à leurs codétenus atteints de démence. Mené par l’association RECOOP, ce dispositif est axé sur la compréhension de la pathologie et les soins centrés sur la personne. Contrairement au programme « Gold Coat », il apporte un soutien uniquement social et ne comprend pas de soins corporels.

La contribution des codétenus pour l’accompagnement et la prise en charge des patients déments est décrite dans les articles de *Brooke J.* et de *Moore K. et Burtonwood J.* comme un avantage considérable, tant humainement que financièrement. Cette approche innovante profite à la fois au détenu pris en charge mais également au détenu formé ainsi qu’au milieu carcéral. Ces pairs aidants sont une ressource humaine abondante qui permet de répondre à une demande de soins croissante. L’article de *Kitt-Lewis E. et Loeb S.* affirme que malgré des études empiriques limitées sur le sujet, les initiatives de soins par les pairs donnent des résultats prometteurs.

### **3. Adaptation du milieu de vie**

#### **a) Adaptations architecturales**

Neuf des vingt références incluses mentionnent l’adaptation environnementale comme prise en charge des troubles cognitifs en détention. Le livre de *Brooke J.* et la revue de *Peacock S., Hodson A. et al* expliquent que le milieu carcéral a des impacts négatifs particulièrement invalidants et stressants sur les détenus âgés et souffrant de démence.

Des adaptations simples et à faible coût sont décrites dans les articles de *Moll A.*, de *Feczko A.*, de *Peate I.* et de *Gaston S.* telles que l'installation de rampes, d'un éclairage adéquat, de douches accessibles et de sols antidérapants. Ces articles mettent l'accent sur la nécessité d'une signalisation claire avec l'utilisation de panneaux écrits en gros caractères et l'affichage du règlement. La revue de *HJ du Toit et al* ajoute la nécessité de couloirs plus larges et la mise en place d'ascenseurs.

L'article de *Hodel B. et Sanchez H.* s'appuie sur l'exemple du SNPID qui a été développé à la California Men's Colony aux Etats Unis. Ce programme comprend une adaptation de l'environnement physique des détenus atteint de démence grâce à l'installation de plaques colorées nominatives sur les portes des cellules ; de murs de différentes couleurs pour distinguer l'espace toilette de l'espace nuit ; de pictogrammes au-dessus du lavabo pour aider à se laver les mains ; de grands calendriers indiquant la date, les événements de la prison, la météo du jour ainsi que les vêtements adaptés à porter. La revue de *HJ du Toit et al* et le livre de *Brooke J.* reprennent les mêmes éléments.

L'article de *Moore K. et Burtonwood J.* identifie le bénéfice potentiel des unités spécialisées séparées mais leur disponibilité et leur coût sont des freins à leur mise en place. La délocalisation des patients risque d'éloigner les détenus de leur famille et de leurs habitudes, ce qui peut perturber les personnes atteintes de démence. L'exemple de l'unité spécialisée "High Dependency Unit" (Unité de haute dépendance) en Nouvelle-Zélande qui est utilisé dans le livre de *Brooke J.* se compose de 30 lits pour prisonniers masculins ayant des besoins de santé complexes incluant la démence. L'unité est constituée de deux grandes salles de jour avec accès à un extérieur, d'une buanderie et d'une salle de soins. Les couloirs sont larges et les cellules contiennent des lits médicalisés, des douches et des toilettes. Sur le même modèle, l'article de *Maschi T. et al* cite "The Unit for the Cognitively Impaired" (Unité pour les personnes cognitivement déficientes) aux Etats-Unis, une unité de 30 lits du centre médical de la prison de Fishkill à New York, connue pour avoir un bon éclairage avec des fenêtres, un espace extérieur et une salle commune.

## **b) Adaptations physiques et sensorielles**

L'adaptation environnementale passe également par des modifications de l'environnement physique et sensoriel des détenus décrites dans quatre des références incluses.

Selon l'article de *Maschi T. et al*, la fourniture d'uniformes faciles à mettre et à enlever et de chaussures à enfiler facilitent l'accomplissement des activités de la vie quotidienne pour les

détenus atteints de démence. Il est recommandé de les équiper avec des aides auditives et des lunettes pour réduire la fatigue oculaire qui peut augmenter l'agitation.

Dans les articles de *Feczko A.* et *Gaston S.*, le personnel pénitentiaire et les codétenus incitent et programment les miction des détenus déments et ainsi luttent contre l'incontinence urinaire. L'environnement de soin est équipé de lumières tamisées, de musique et de sons de nature afin de réduire l'agitation.

De la même manière, le programme SNPID décrit dans l'article de *Hodel B. et Sanchez H.* propose des activités de stimulations sensorielles tactiles, olfactives et sonores. Le personnel et les codétenus sont formés à utiliser un support visuel à l'aide de cartes pour encourager les détenus atteint de démence à verbaliser leurs besoins. Le programme comprend l'installation de tables plus petites permettant une atmosphère moins bruyante dans la salle à manger et ils disposent également de plus de temps pour les repas.

### **c) Adaptations sociales**

Huit références évoquent une adaptation de l'environnement social pour améliorer la prise en charge des prisonniers atteints de démence. L'article de *Maschi T. et al* affirme que la mise en place d'un programme permettant le maintien d'une activité physique et mentale est justifié dans les stades précoces de la démence. Ces modalités alternatives font appel à différents sens et utilisent la communication non verbale.

Les articles de *Maschi T.*, de *Brooke J. et Rybacka M.* et la revue de *HJ du Toit et al* recensent des activités artistiques et manuelles telles que la poésie, l'écriture créative, le jardinage, la musique et le chant, des jeux de société ainsi que la diffusion de documentaires. Dans son livre, *Brooke J.* s'appuie sur des exemples d'initiatives anglaises telles que le "Social Task Group" (Groupe de Travail Social) et le "Purposive Activity Group" (Groupe d'Activité à But déterminé) qui proposent des activités manuelles, artistiques, de bricolage et de résolution de problèmes. Le "Good Vibrations Gamelan project" (le projet Bonnes Vibrations Gamelan) utilise la musique indonésienne pour aider les détenus à gérer leurs émotions et à développer leurs capacités de communication et d'écoute. L'article de *Maschi T. et al* affirme que le programme « True Grit » (Le vrai courage) aux Etats Unis incluant une combinaison d'activités physiques, de thérapies et d'art a montré des effets bénéfiques.

Le programme SNPID de la California Men's Colony décrit dans l'article de *Hodel B. et Sanchez H.* offre des ateliers plus spécialisés pour la gestion des émotions et l'éducation à la santé. Des ateliers de réminiscence, dans lesquels les détenus sont invités à partager des événements positifs de leur vie, permettent de renforcer la mémoire à long terme. Ils apprennent également à pallier les troubles de la mémoire à court terme par la mise en place de stratégies compensatoires telles que l'utilisation d'un agenda personnel et des techniques pour se souvenir des lieux et des personnes. De même, l'article de *Moll A.* met en avant le centre de jour de la prison de Gloucestershire en Angleterre qui dispose de séances de réminiscences et de discussions visant à l'amélioration de la mémoire.

Dans la majorité des références citées, la promotion de la santé implique celle de l'activité physique. Dans l'article de *Moll A.*, plusieurs prisons ont aménagé des temps d'accès à la salle de sport dédiés pour les détenus âgés atteints de troubles cognitifs leur permettant de faire de l'exercice dans un environnement moins intimidant. Des séances de physiothérapie individuelles et des cours d'exercices alternatifs (tels que yoga, tai chi, curling, pétanque) sont également accessibles.

Le rapport de *Moll A.* indique que dans la majorité des prisons, les détenus sont tenus de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite mais dans certains cas, il est proposé des emplois adaptés pour les détenus âgés fragiles. *Moll A.* développe dans son article l'exemple de la prison d'Onomichi au Japon dans laquelle les détenus âgés doivent travailler 6 heures par jour mais se voient confier des tâches plus légères de motricité fine pour stimuler l'activité cérébrale. Ils sont également chargés d'entretenir l'élevage de tortues de la prison pour encourager leur sens de la routine et des responsabilités.

L'article de *Moore K. et Burtonwood J.* commente l'importance du maintien des contacts familiaux et de la réduction de l'isolement social qui est particulièrement préjudiciable dans le contexte de démence. L'aide du personnel aumônier ainsi que des agents de liaison avec la famille est donc importante, notamment pour aider les détenus à obtenir des autorisations d'accès au téléphone. Dans le rapport de *Moll A.*, cinq prisons ont organisé des forums animés par des conférenciers extérieurs où les détenus de plus de 50 ans peuvent se rencontrer et aborder des questions qui les concernent sur les plans sociaux, économiques et communautaires.

## 4. Approche interdisciplinaire

### a) Intervention d'associations et bénévoles

Cinq références mentionnent l'aide d'associations caritatives et bénévoles pour la prise en charge des détenus atteints de troubles cognitifs. Selon l'article de *Gaston S.*, le développement de liens avec ces organisations permet de fournir des conseils, une formation et un soutien spécifique.

Comme vu précédemment, le rapport de *Moll A.* met en avant le rôle prépondérant joué par les associations caritatives telles que Dementia UK pour la formation du personnel pénitentiaire à la prise en charge de la démence. L'association Alzheimer Scotland est mentionnée dans l'article de *Peacock S., Hodson A. et al* pour l'organisation de séances de sensibilisation à la démence. Le rôle de la Alzheimer's Association est également décrit par *Hodel B. et Sanchez H.* puisqu'elle organise la formation du programme SNPID.

Selon le rapport de *Moll A.*, plusieurs établissements ont fait appel à l'aide et à l'expertise du secteur associatif pour gérer leurs centres de jour et les activités alternatives. L'association RECOOP, décrite dans l'article de *Moll A.*, soutient la prise en charge et la réinsertion des détenus âgés par l'organisation d'ateliers de "memorys cafés" (Cafés Mémoires) et de gymnastique cérébrale dans certaines prisons d'Angleterre. Le programme "Singing for the brain" (Chanter pour le cerveau) permet aux patients atteints de démence de se sociabiliser et de s'exprimer au travers de la musique. La prison de Fishkill aux Etats-Unis, qui participe au rapport de *Moll A.*, a collaboré avec l'association caritative "Rehabilitation Through the Arts" (Réinsertion par l'Art) pour former une troupe de théâtre constituée de détenus âgés.

Enfin, ces associations peuvent jouer un rôle important dans la lutte pour la libération et la réinsertion des détenus âgés. Par exemple l'association Age UK, cité dans le rapport de *Moll A.*, fournit un service de conseil juridique et de soutien aux personnes âgées en détention. La notion de l'anticipation de la libération en lien avec ces associations est développée ultérieurement.

### b) Intervention d'équipes spécialisées et approche collaborative

Quatorze références témoignent de l'importance de soins multidisciplinaires spécialisés pour les détenus atteints de démence.

L'article de *Cipriani G. et al* affirme que la collaboration avec des spécialistes et des services paramédicaux de soins aux personnes âgées permet de fournir des conseils, une formation

et un soutien spécifique à la prise en charge des détenus atteints de troubles cognitifs. De même, les écrits de *Gaston S. et Patterson K. et al* suggèrent l'intervention de gériatres au sein des prisons. L'étude de *HJ du Toit et Ng S.* s'appuie sur l'exemple du complexe correctionnel de Long Bay en Australie qui établit des liens étroits avec les hôpitaux communautaires et des prestataires de soins externes sans plus de précision sur ces organisations. L'article de *Kitt-Lewis E. et Loeb S.* met l'accent sur la place des infirmières en gérontologie pour collaborer avec celles des services correctionnels. La place des ergothérapeutes est argumentée par *HJ du Toit et McGrath M.*, compte tenu de leur approche holistique.

De nombreux articles tels que ceux de *Peacock S., Hodson A. et al, Peacock S., Burles M. et al, Brooke J. et HJ du Toit et McGrath M.* recommandent la création d'équipes multidisciplinaires au sein des prisons. Celles-ci sont composées du personnel pénitentiaire, de soignants, des travailleurs sociaux et des codétenus impliqués dans la prise en charge des détenus atteints de démence. Les prisons de Laurel Highlands, Fishkill et Whatton aux Etats-Unis et au Royaume Uni, citées dans le rapport de *Moll A.*, ont mis en place des réunions hebdomadaires ou mensuelles de ces équipes multidisciplinaires pour discuter des situations problématiques de prisonniers âgés et souffrant de troubles cognitifs. A Fishkill, les diététiciens, les éducateurs et les membres du clergé participent également à ces réunions. L'article de *Patterson K. et al* souligne l'importance de la présence d'un représentant du personnel correctionnel au sein des équipes multidisciplinaires locales car ce sont eux qui passent le plus de temps auprès des détenus. Dans l'étude de *HJ du Toit et Ng S.*, les participants ont également suggéré que la prise de décision relative aux soins des détenus atteint de démence avancée devait se faire de manière collaborative entre les services de santé, les services correctionnels et les membres de la famille désignés par le patient. Ces décisions concernent notamment leur maintien en détention ou leur placement vers des unités externes. Les participants ont soumis l'idée qu'à un certain stade de la maladie, le choix n'appartienne plus aux services pénitentiaires mais uniquement aux services de santé.

Selon l'étude de *HJ du Toit et Ng S.*, le partage d'informations entre personnels soignants et services correctionnels permet d'assurer la sécurité des professionnels et de fournir des soins plus efficaces aux détenus atteints de démence. Ils posent cependant des problèmes de confidentialité et de consentement comme exposés dans l'article de *Feczko A.* et le rapport de *Moll A.*

La mise en réseau des équipes multidisciplinaires des différents établissements proposée dans l'article de *Patterson K.*, facilite le partage d'information et réduit la sensation d'isolement vécue par le personnel pénitentiaire.

## 5. Préparation à la sortie et libération anticipée

Sept des vingt références incluses mentionnent l'anticipation de la libération comme faisant partie intégrante du parcours de soins des détenus atteints de troubles cognitifs.

Les articles de *Gaston S. et HJ du Toit et Ng S.* proposent un accompagnement du patient et une transition vers sa sortie afin d'assurer une continuité des soins et un retour plus sûr dans la vie en communauté. Cette planification repose sur une collaboration entre les services de soins pénitentiaires et les services de santé externes. L'étude de *Peacock S., Hodson A. et al* mentionne un centre de réinsertion spécifique géré par le milieu carcéral qui permet d'évaluer les détenus âgés souffrant de troubles cognitifs avant la sortie et d'élaborer un plan de soin individualisé. Sur ce principe, une clinique de réinsertion pour détenus âgés a été mise en place à la prison de Stafford en Angleterre, selon l'article de *Moll A.* Elle permet une évaluation des détenus dans les deux mois précédant leur libération pour faire le lien avec les agences concernées dans le milieu communautaire.

D'autres articles tels que celui de *Moore K. et Burtonwood J.* recommandent la nécessité d'une libération conditionnelle ou anticipée pour les détenus atteints de démence. L'étude de *HJ du Toit et Ng S.* suggère la nécessité d'un seuil de déficience cognitive au-delà duquel l'éligibilité à la libération anticipée doit être évaluée dans le cadre du parcours de soin. En effet, selon la revue de *Cipriani G. et al*, l'effet dissuasif de l'emprisonnement ne fonctionne plus dans les stades avancés de la maladie car les patients ne sont pas capables de réfléchir aux conséquences d'actes criminels. De plus, les maisons de retraite spécialisées disposent de meilleurs équipements pour gérer les troubles du comportement. En ce sens, l'article de *HJ du Toit et al* décrit des dispositifs de soutien mis en place pour aider les détenus âgés à obtenir des aménagements de peine. Il s'agit du POPs, présenté dans les articles de *Feczko A.* et de *Maschi T. et al*, qui propose une assistance par des étudiants en droit bénévoles pour l'obtention de libération conditionnelles et d'aménagement de peine pour les prisonniers de plus de 55 ans.

Cependant, le placement dans un logement convenable à la sortie de prison est une limite relevée par les articles de *Gaston S.*, de *HJ du Toit et al* et de *Moore K. et Burtonwood J.* Ces détenus âgés, incarcérés depuis longtemps, peuvent manquer de ressources et ne plus bénéficier du soutien de leurs familles. De plus, les établissements de soins sont souvent réticents à accueillir d'anciens prisonniers.

# DISCUSSION

## **I. Synthèse des résultats**

La prise en charge des TNC en détention ne repose pas sur des recommandations de bonne pratique mais dépend de l'initiative de chaque pays et de chaque établissement pénitentiaire. Les données recueillies au sein de ce travail, issues de vingt références, ont permis de recenser les principales lignes de conduite existantes sur le plan international.

Le dépistage apparaît comme un préalable indispensable à la prise en charge. La majorité des articles s'appuie sur la réalisation des tests MMSE et PADL à tous les détenus de plus de 50 ans, suivie d'une réévaluation annuelle. En cas de positivité, le diagnostic fait appel à des examens plus approfondis et à l'intervention d'équipes spécialisées interdisciplinaires.

L'éducation du personnel soignant et pénitentiaire à l'aide de programmes de formation permet d'améliorer les connaissances des symptômes, la gestion des troubles du comportement et les capacités de soutien du personnel. Le programme SNPID décrit par *Hodel B. et Sanchez H.* en est l'exemple le plus abouti.

L'intervention des codétenus comme aidants bénévoles est également un des piliers de la prise en charge. Les programmes "Gold Coat" et "Buddy Support Worker", mentionnés dans trois études et notamment dans celle de *Brooke J.*, sélectionnent et forment des codétenus de façon à apporter un accompagnement et un soutien social aux patients.

Dans plusieurs articles, l'adaptation architecturale, sensorielle et sociale du milieu carcéral joue un rôle dans la diminution de l'agitation et des troubles du comportement des détenus atteints de démence.

Cette prise en charge est rendue possible dans la majorité des références par l'intervention d'associations nationales, telles que la Alzheimer's Association dans le programme SNPID aux Etats Unis, ou encore Dementia UK et Alzheimer Scotland au Royaume Uni.

Enfin, certains auteurs discutent de la nécessité d'une libération anticipée comme faisant partie intégrante du parcours de soin dans les stades les plus avancés de la démence.

## II. Forces de l'étude

Il s'agit, à notre connaissance, de la première revue systématique française sur la prise en charge des troubles cognitifs en détention.

Les principales forces de cette revue résident dans sa confection méthodologique. La sélection des références a été la plus exhaustive possible grâce à l'utilisation de plusieurs bases de données interdisciplinaires et reconnues internationalement. La recherche a été complétée par une analyse de la littérature grise et des bibliographies des articles inclus pour limiter le biais de publication.

Conformément aux recommandations PRISMA, chaque étape de ce travail a été effectuée indépendamment par les deux auteurs. La sélection des études, l'analyse des articles et l'évaluation de leur qualité méthodologique ont toutes été réalisées en double aveugle, limitant les biais de sélection, de mesure et de classement.

Malgré la faible quantité de données sur le sujet, nous avons inclus 4 revues systématiques de la littérature. Ce type d'étude présente un haut niveau de preuve selon la HAS. Les revues de *Brooke J. et al* et *HJ du Toit et al* notamment ont de très bons scores de qualité méthodologique, apportant une réelle valeur scientifique aux résultats de notre travail.

L'article de *Treacy S. et al* est une des rares études interventionnelles comparatives sur le sujet. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude randomisée, son excellente qualité méthodologique renforce la puissance de notre revue.

### III. Limites de l'étude

Par souci de compréhension, nous n'avons retenu que des articles rédigés en français ou en anglais, suscitant potentiellement un biais de publication.

Devant le manque manifeste de données scientifiques sur notre sujet, nous avons été amenées à inclure 9 articles didactiques de presse. Ces articles, transversaux sur le sujet, ne présentent aucun critère de jugement principal bien identifiable. Ils n'utilisent aucune méthodologie scientifiquement validée. Ainsi, il n'a pas été possible d'évaluer leurs scores de qualité méthodologique. Par ailleurs, on en retire un niveau de preuve faible selon la classification HAS. Cependant, en l'absence d'autres données scientifiquement robustes, l'inclusion de ces articles nous permet d'avoir des résultats exhaustifs.

Bien qu'il ne s'agissait pas d'un critère d'exclusion, aucune des vingt références incluses ne comptent de femmes détenues parmi leur population d'étude. Au 1er janvier 2021 en France, elles représentaient 3,3% de la population carcérale (27).

Nous n'avons retenu aucune revue française dans notre étude car elles ne respectaient pas nos critères d'inclusion. Ceci complique l'extrapolation des données au milieu carcéral de notre pays. Ce manque de publication française pourrait s'expliquer par la législation qui encadre la recherche en milieu pénitentiaire. Selon l'article R322-3 du Code pénitentiaire (28), "les personnes détenues ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé".

De plus, la classification des TNC diffère entre les pays anglophones et la France. Dans les articles inclus, la démence se détaille en stades légers, modérés et sévères selon la symptomatologie (29). En France, le terme de démence a été remplacé par celui de trouble neurocognitif majeur qui se différencie du trouble neurocognitif léger par l'atteinte de l'autonomie (14). Il n'existe pas de stadification des TNC majeurs selon l'évolutivité de la maladie.

#### IV. Dépistage et diagnostic des troubles cognitifs dans les prisons françaises

Au travers des différents articles retenus et notamment dans le livre de *Brooke J.* et l'article de *Gaston S.*, la place du dépistage et du diagnostic a souvent été mise en avant. Il est pertinent d'interroger la qualité des outils disponibles pour les réaliser. Le MMSE est l'outil de dépistage le plus utilisé. Il présente pourtant de nombreuses limites. En effet, les cinq premiers items reposent sur l'orientation temporo-spatiale. Ainsi au sein de l'environnement pénitentiaire, les erreurs peuvent être majorées. De plus, cet outil n'a pas été évalué dans le milieu carcéral. Le PADL, cité dans les articles de *Feczko A.*, *Brooke J. et al* et *Gaston S.*, est un outil adapté au milieu pénitentiaire à partir de l'IADL. Il permet d'évaluer le niveau d'autonomie des patients et ainsi de déterminer leur degré d'atteinte fonctionnelle engendrée par le TNC. Il n'a malheureusement pas, à ce jour, été validé en France. Une piste d'amélioration serait d'envisager sa validation pour une utilisation dans les prisons françaises.

Afin de poser le diagnostic de TNC, il est essentiel de faire appel à des équipes spécialisées en gériatrie et pluridisciplinaires comme le soulignent dans leurs articles *Peacock S.*, *Burles M. et al* et *Feczko A.* Nous n'avons pas retrouvé de publication sur de telles équipes intervenant dans le milieu carcéral français. Cela nécessite cependant d'être nuancé par l'organisation spécifique des soins en milieu pénitentiaire dans notre pays.

En France, les soins en milieu pénitentiaire sont assurés par le service public hospitalier. Au sein des prisons, ils reposent sur deux structures que sont les SMPR pour la prise en charge psychiatrique et les UCSA pour les soins somatiques ambulatoires (30). Dans certains CHU, des UHSI ont été créées depuis l'an 2000. Ces structures hospitalières prennent en charge l'ensemble des hospitalisations pour tout détenu le nécessitant, hors hospitalisation urgente et de courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé (31). Ces unités d'hospitalisation, en lien étroit avec les UCSA de la région, sont installées au sein des services actifs de l'hôpital et le plus près possible du plateau technique. Dès lors qu'un détenu nécessite des soins ou des examens ne pouvant être réalisés dans le milieu pénitentiaire, il est transféré à l'UHSI pour y recevoir une consultation, des examens ou une hospitalisation (32). Ces services étant rattachés au système hospitalier, il est possible d'y faire intervenir des équipes spécialisées telles que des équipes mobiles de gériatrie. Il pourrait être envisagé que ces équipes intervenant dans les UHSI puissent également se rendre dans les UCSA qui leurs sont rattachées. Ceci permettrait une coordination des soins et un suivi au long cours avec la création de plans de soins adaptés pour ces patients. Cependant, les UHSI couvrant un vaste territoire interrégional, il semble utopiste d'envisager que toutes les UCSA de ce territoire puisse bénéficier d'un tel dispositif.

## V. Formation du personnel pénitentiaire en France

La formation du personnel pénitentiaire a pour objectif de permettre aux agents carcéraux de reconnaître précocement les symptômes de démence afin de mieux les prendre en charge et d'améliorer la qualité de vie du patient détenu. Selon *Cipriani G. et al*, une meilleure compréhension de la maladie permet un meilleur accompagnement. Les programmes de formation décrits dans nos références s'appuient principalement sur l'identification des symptômes, l'évolution naturelle de la maladie, la gestion des troubles du comportement ainsi que des techniques de communication. Dans le programme SNPID en Californie, décrit par *Hodel B. et Sanchez H.*, la formation dure au moins 6 mois et est délivrée par la Alzheimer's Association. De même, *Moll A.* mentionne l'intervention de l'association Dementia UK pour la formation du personnel de la prison de l'île de Wight tandis que *Peacock S., Hodson A. et al* citent les séances de sensibilisation à la démence organisées par Alzheimer Scotland. Ce sont toutes des associations nationales de recherche et de lutte contre la maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées.

Le pendant de ces organisations en France est l'association France Alzheimer (33). Il s'agit de la seule association nationale de familles reconnue d'utilité publique dans ce domaine. Elle propose des actions adaptées d'accompagnement telles que des cafés-mémoire, des haltes relais, des groupes de parole, des ateliers à médiation artistique ou de stimulation cognitive. Il s'agit également d'un organisme de formation reconnu pour les professionnels mais aussi pour les aidants bénévoles. A l'heure actuelle, nous n'avons retrouvé aucune trace d'intervention de France Alzheimer en milieu pénitentiaire ni de formation dédiée au personnel carcéral. A l'image des programmes qui se développent à l'international, il pourrait être envisagé une collaboration de ce type d'association avec le milieu pénitentiaire.

## VI. Formation des codétenus en France

La formation des codétenus fait également partie intégrante de la prise en charge. Le programme “Gold Coat” par exemple, mentionné par plusieurs auteurs et développé dans le livre de *Brooke J.*, consiste à sélectionner et former des détenus afin qu’ils deviennent des pairs aidants. Les critères d’éligibilité précis, basés sur le bon comportement et l’absence d’antécédent notable, permettent d’assurer la sécurité des patients. Ils jouent un rôle de soutien, de veille au bon déroulement des soins mais également de protection envers les détenus atteints de troubles cognitifs qui sont particulièrement vulnérables. Selon les articles de *Brooke J.* et de *Moore K. et Burtonwood J.*, la contribution de codétenus bénévoles à la prise en charge est considérablement avantageuse tant sur le plan humain que financier.

Nous n’avons pas répertorié de trace de dispositif équivalent en France. Pourtant dans certains établissements pénitentiaires, des codétenus sont amenés à effectuer des soins de nursing en l’absence de formation (25,34). Le témoignage d’un auxiliaire d’étage du centre de détention de Toul en Meurthe-et-Moselle (35) l’illustre puisqu’il apparente son travail à celui d’un auxiliaire de vie. Il fait figure de repère au sein de la galerie A qui héberge des détenus âgés, dépendants et atteints de démence. De nombreux établissements ne bénéficient pas de l’intervention de services de soins infirmiers à domicile. En effet, les obstacles administratifs et financiers s’ajoutent aux réticences des associations (25) et les codétenus sont alors le seul recours. Ces détenus auxiliaires vont au-delà de leurs fonctions puisque le rôle des auxiliaires d’étage (détenus travaillant pour le service général de la prison) consiste normalement à l’entretien et à la maintenance des locaux, ainsi qu’au fonctionnement de la bibliothèque et des cuisines (36,37). En l’absence de cadre établi, de formation et de sélection des détenus aptes à intervenir auprès de patients atteints de démence, ces aides officieuses peuvent parfois donner lieu à des débordements. Les professionnels craignent que ces relations déséquilibrées de dépendance et de supériorité ne favorisent les risques de rackets, de vols, voire d’abus sexuels comme l’explique la sociologue française Caroline Touraut dans son rapport (25).

Il est nécessaire de mettre en place un dispositif définissant clairement le rôle de ces aidants et permettant d’unifier les pratiques sur le territoire. Un tel projet permettrait aux détenus aidants d’acquérir un statut et de donner du sens à leur peine. Il pallierait également des problématiques budgétaires et de manque de personnel. Ce programme pourrait se calquer sur le modèle expérimental des “codétenus de soutien” en l’adaptant à la problématique de la démence. Ce dispositif mis en place en 2010 par le ministère de la justice a pour objectif de prévenir les tentatives de suicide et est actuellement déployé sur une quinzaine de prisons françaises. Les

détenus y sont sélectionnés par la direction pénitentiaire et suivent une formation de 4 heures organisée par la Croix Rouge sur les gestes de secours, l'écoute active, la détection des tentatives de suicide et la manière d'intervenir. Leur rôle est d'accompagner les détenus en détresse psychologique, ils participent régulièrement à des réunions avec l'administration pénitentiaire et la Croix Rouge pour signaler les situations difficiles (38–40).

## VII. Orientation du détenu atteint de démence légère à modérée en France

Le programme SNPID développé par *Hodel B. et Sanchez H.*, se base sur une prise en charge globale des détenus atteints de démence incluant l'environnement physique, l'environnement social et le patient lui-même. A l'issue de notre revue, ce programme mis en place à la California Men's Colony aux États-Unis est le projet le plus abouti dans ce domaine et semble montrer des résultats prometteurs. Il est la preuve qu'une personne atteinte de troubles cognitifs peut maintenir une certaine qualité de vie, même au sein du milieu carcéral, s'il bénéficie d'un soutien et d'une prise en charge adaptée.

Sur le plan légal, selon la recommandation R(98)7 du conseil de l'Europe du 8 avril 1998 (41), l'accès et la qualité des soins donnés aux détenus doivent être équivalents à ceux de la population générale. Cette recommandation permet de garantir la dignité et l'égalité en droit pour tout être humain conformément à l'article 1 de la déclaration universelle des Droits de l'Homme (42). La prise en charge des détenus atteints de TNC en détention doit donc s'appuyer sur les recommandations en vigueur pour la population générale.

Selon la HAS (14), le parcours de soins des patients présentant un TNC comprend le diagnostic, le maintien de leur autonomie et le soutien des aidants passant par une prise en charge interdisciplinaire. Il existe actuellement au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, des pôles d'activités et de soins adaptés. Ce sont des dispositifs accueillant les résidents atteints de maladies neuro-dégénératives pour leur offrir un accompagnement spécifique à travers des activités individuelles ou collectives. Le personnel y est spécialement formé et l'environnement architectural est adapté pour offrir un cadre confortable, rassurant et stimulant (43). Il n'existe pas de trace de prise en charge équivalente dans les prisons françaises. Cela peut constituer un traitement contraire à l'article 9 des principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus rédigé par le Haut Commissariat des Nations Unies des Droits de l'Homme "Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du

fait de leur statut juridique” (22). Devant un éventuel défaut de soin, il paraît important de se questionner sur la justification éthique du maintien de ces patients en détention.

L’incarcération répond à des principes fondamentaux que sont la punition, la privation de liberté, la dissuasion et la réinsertion (44).

Le rôle punitif de la détention apparaît comme le rôle le plus ancien et a évolué avec le temps. A l’heure actuelle, il renvoie à l’idée que la peine doit permettre au détenu de prendre en considération le mal inhérent à l’infraction commise (45). Dans la situation où le détenu présente des troubles cognitifs, on peut alors se questionner sur sa capacité à réfléchir aux conséquences de ses actes. La punition doit-elle être maintenue lorsque l’individu a oublié jusqu’à la raison de son incarcération ? Ou le maintien en détention est-il justifié dès lors que le détenu à conscience d’être puni bien qu’il en ignore la cause, comme l’avance le philosophe Robert Nozick (46)?

La privation de liberté induite par la détention est en partie justifiée par le besoin de sécurité envers la société d’une potentielle récidive. En effet, un des sens primordiaux de la prison est de mettre les individus jugés dangereux hors d’état de nuire (25). Il est décrit qu’un patient atteint de démence à un stade léger ou modéré peut commettre des actes criminels. Si cette dangerosité peut justifier le maintien en détention, la pathologie peut être responsable d’une altération ou d’une abolition du discernement soulevant alors des problématiques de responsabilité pénale. De plus, la dépendance physique induite par la maladie dans les stades les plus avancés diminue la capacité de nuisance comme l’expriment *Cipriani G. et al.*

L’emprisonnement joue un rôle dissuasif dans la société. C’est une action préventive d’intimidation pour décourager les individus à transgresser la loi (47). Elle laisse supposer que chacun possède des capacités de raisonnement suffisantes pour le comprendre. Ce postulat présente certaines limites en cas d’altération des fonctions cognitives.

En plus des différents rôles déjà abordés, la prison a pour vocation d’assurer la réinsertion des délinquants dans la société. Celle-ci est encadrée par l’article 27 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 (48) qui soumet chaque détenu à une obligation d’activité devant être adaptée à son âge et à ses capacités. Il existe des programmes axés sur le travail, la formation professionnelle, l’insertion par l’activité économique, l’enseignement, les activités éducatives, culturelles, socio-culturelles, sportives et physiques (49). Autant de domaines dont l’accès peut être rapidement limité pour les personnes souffrant de déclin cognitif.

Les principes fondamentaux encadrant la peine d'enfermement peuvent entrer en contradiction en cas de trouble cognitif suscitant un questionnement éthique. Il ne faut pas omettre en revanche que la loi assure aux détenus le droit au respect de leur dignité et à l'accès aux soins. Il semble donc indispensable de proposer une prise en charge adaptée pour pouvoir justifier du maintien en détention de ses patients.

## VIII. Place du détenu atteint de démence sévère et fin de vie en détention

Si l'orientation des détenus souffrant de troubles cognitifs modérés est source de discussion, les opinions semblent plus tranchées lorsqu'il s'agit de démence sévère. On parle de démence sévère lorsque le patient présente une franche diminution de l'autonomie entraînant une dépendance majeure, une altération importante de la mémoire ainsi que des capacités de communication (29). Plusieurs auteurs plaident en faveur d'un aménagement de peine pour les détenus atteints de démence sévère. *HJ du Toit et Ng S.* évoquent la nécessité d'un seuil de déficience cognitive au-delà duquel le patient serait éligible à une libération anticipée. Aux États Unis, le POPs, développé par *Feczko A. et Maschi T. et al.*, a été conçu pour permettre aux détenus de faire valoir leurs droits à l'obtention d'aménagement de peine et de libération anticipée avec l'aide d'étudiants en droit.

En France, la législation prévoit une libération anticipée selon certains critères médicaux. La suspension de peine pour raison médicale, prévue par l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale (50), est conditionnée par la présence d'un pronostic vital engagé ou d'un état de santé durablement incompatible avec la détention. Ce second motif est rarement invoqué par les professionnels de santé car d'interprétation complexe et subjective (25). La notion de "pronostic vital engagé" en revanche, est un terme médical signifiant qu'il existe un risque vital non stabilisé et que la situation peut évoluer défavorablement jusqu'au décès (51). La loi ne précise pas si ce risque doit survenir à plus ou moins long terme, ce qui permet d'envelopper plusieurs cas de situations palliatives. Le 15 septembre 2017 par exemple, le tribunal de l'application des peines de Melun a suspendu pour motif médical la peine de réclusion de Patrick Henry, souffrant d'un cancer du poumon à un stade évolué engageant son pronostic vital à moyen terme (52).

Il peut être difficile pour les professionnels de santé d'identifier le TNC comme une affection étant à l'origine du décès car il survient le plus souvent dans les suites d'une complication de la maladie (53). Pourtant, il s'agit d'une pathologie incurable et évolutive diminuant l'espérance

de vie de 5 à 9 ans selon la HAS (54) avec une mortalité comparable à celle des cancers ou de l'insuffisance cardiaque. Le TNC majeur doit donc être perçue comme une maladie terminale dans les stades les plus évolués décrits précédemment comme démence sévère. Les soins prodigués aux détenus atteints de démence sévère doivent être continuellement évalués pour s'assurer que leurs besoins sont satisfaits et inclure, lorsque cela s'avère nécessaire, la fourniture de services de soins palliatifs (55). A ce stade, appartient-il encore à la prison d'assurer un tel accompagnement ? Si la justice semble avoir intégrée cette question en cas de pathologie néoplasique, il paraît judicieux de se demander si la décision ne devrait pas être plus systématisée en cas de démence sévère. En effet, certains cas isolés de suspension de peine pour raison médicale en rapport avec un TNC majeurs ont déjà été recensés en France.

## **IX. Ouverture**

La considération de tous ces éléments met en lumière le manque d'études françaises sur la prise en charge des TNC en détention. Devant cette problématique d'ampleur croissante, il est certain que des initiatives locales ont été expérimentées dans certains établissements, mais l'absence de publication ne permet pas à ces projets de s'étendre. Des études observationnelles de cohortes ou des études interventionnelles pourraient permettre d'évaluer les différentes initiatives locales afin d'unifier les pratiques sur le territoire national avant d'espérer aboutir à un consensus international.

## CONCLUSION

L'objectif de cette revue systématique de la littérature était d'étudier les modèles de prise en charge des troubles neurocognitifs dans le milieu carcéral mondial afin d'en soutirer des pistes d'amélioration adaptables au milieu pénitentiaire français. Sur les 1182 références extraites, 20 articles ont finalement été retenus.

Depuis 30 ans, la population carcérale vieillit partout dans le monde, à l'image de la population générale. Le milieu pénitentiaire se retrouve ainsi confronté à de nouvelles problématiques, les TNC en détention ne faisant que progresser. Cette constatation justifie que des réflexions et des interventions soient mises en place au sein des établissements pénitentiaires pour y répondre.

Le dépistage des troubles cognitifs apparaît comme un préalable indispensable à l'élaboration d'un parcours de soins adapté et doit être effectué chez tous les détenus à partir de 50 ans. La prise en charge repose essentiellement sur la formation du personnel pénitentiaire, et celle des codétenus pour en faire des pairs aidants. La communication et la coordination entre le milieu pénitentiaire et l'extérieur doivent être encouragées avec l'appui d'équipes multidisciplinaires. Autant de pistes qui pourraient être exploitées en France avec l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie au sein des UCSA et l'aide du milieu associatif.

Ces dispositifs semblent prometteurs et assureraient une certaine qualité de vie pour les détenus souffrant de troubles neurocognitifs. Cependant, au-delà d'un certain stade, la question éthique de leur maintien en détention se doit d'être soulevée et le sens de la peine interrogé.

Ce travail met en avant le manque de publications françaises sur le sujet. Il semble primordial de poursuivre et de développer la recherche dans notre pays afin d'en tirer des recommandations adaptées au système pénitentiaire français.

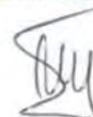
Lu et Approuvé  
Toulouse le 05/09/2023  
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse le 8/09/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques des établissements et des personnes écrouées [En ligne]. 2022 [cité le 7 nov 2022]. Disponible: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Statistique\\_etablissements\\_personnes\\_ecrouees\\_France\\_202210.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablissements_personnes_ecrouees_France_202210.pdf)
2. Luallen J, Kling R. A Method for Analyzing Changing Prison Populations: Explaining the Growth of the Elderly in Prison. *Eval Rev.* déc 2014;38(6):459-86.
3. who.int [En ligne]. Organisation mondiale de la Santé. Vieillesse et santé; 2022 [cité le 9 juill 2023]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Insee. Population par âge [En ligne]. 2020 [cité le 7 nov 2022]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
5. Chiu T. It's about time - Aging prisoners, increasing costs and geriatric release. *Cent Sentencing Correct.* 2010;16.
6. Santé Publique France, Dagmar Soleymani, Gilles Berrut, Arnaud Campéon. La Santé en action, Mars 2018, n°443 Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. [En ligne]. 2018 [cité le 6 nov 2022]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-en-action-mars-2018-n-443promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees>
7. Heidari R, Wangmo T, Galli S, Shaw DM, Elger BS, Handtkea V, et al. Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. *J Forensic Leg Med.* nov 2017;52:223-8.
8. Trotter C, Baidawi S. Older prisoners: Challenges for inmates and prison management. *Aust N Z J Criminol.* juin 2015;48(2):200-18.
9. Combalbert N, Pennequin V. L'effet de l'âge et de la durée d'incarcération sur la santé mentale des détenus âgés. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2020;178(3):264-70.
10. Observatoire international des prisons - section française. La santé incarcérée [En ligne]. Observatoire international des prisons; juill 2022 p. 41. Disponible: <https://oip.org/wp-content/uploads/2022/07/oip-rapport-soinsspe-07-2022-planches.pdf>
11. has-sante.fr [En ligne]. Haute autorité de santé. Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs; 2018 [cité le 6 nov 2022]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_1\\_troubles\\_cognitifs\\_et\\_trouble\\_neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)
12. santepubliquefrance.fr [En ligne]. Santé Publique France. Maladie d'Alzheimer et autres démences; 2021 [cité le 24 oct 2022]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
13. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence : résumé d'orientation [En ligne]. Genève : Organisation

- mondiale de la Santé; 2021 p. 19. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350992>
14. Haute autorité de santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [En ligne]. 2018. Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours\\_de\\_soins\\_alzheimer.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf)
  15. Haute autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [En ligne]. 2011. Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge\\_2012-01-16\\_14-17-37\\_906.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf)
  16. Jomard N. Personnes âgées incarcérées, le difficile diagnostic des troubles neurocognitifs. *Fr J Psychiatry*. 1 déc 2019;1:S53-4.
  17. Feczko A. Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care. *J Am Assoc Nurse Pract*. déc 2014;26(12):640-8.
  18. Maschi T, Kwak J, Ko E, Morrissey MB. Forget Me Not: Dementia in Prison. *The Gerontologist*. août 2012;52(4):441-51.
  19. du Toit SHJ, Withall A, O'Loughlin K, Ninaus N, Lovarini M, Snoyman P, et al. Best care options for older prisoners with dementia: a scoping review. *Int Psychogeriatr*. août 2019;31(8):1081-97.
  20. Brooke J, Rybacka M. Development of a Dementia Education Workshop for Prison Staff, Prisoners, and Health and Social Care Professionals to Enable Them to Support Prisoners With Dementia. *J Correct Health Care*. avr 2020;26(2):159-67.
  21. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [En ligne]. Code de la santé publique. Sect. section 2, article L711-3 1 janv 1994. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006694644/1994-01-01>
  22. OHCHR.org [En ligne]. Haut-Commissariat des Nations Unies. Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus; 1990 [cité le 25 oct 2022]. Disponible: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners>
  23. Patterson K, Newman C, Doona K. Improving the care of older persons in Australian prisons using the Policy Delphi method. *Dement Lond*. sept 2016;15(5):1219-33.
  24. Gaston S. Vulnerable prisoners: Dementia and the impact on prisoners, staff and the correctional setting. *Collegian*. 2018;25(2):241-6.
  25. Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement. 2015;12.
  26. Touraut C. Les professionnels face aux personnes détenues âgées. *Cah Justice*. Paris : Dalloz; 2016;2(2):319-31.
  27. oip.org [En ligne]. Observatoire International des Prisons. Femmes détenues; [cité le 22 août 2023]. Disponible: <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenues/>

28. Décret n°2022-479 [En ligne]. Code pénitentiaire. Sect. section 1, Article R322-3 30 mars 2022. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045492859/2022-05-01/#LEGIARTI000045492859>
29. Dementia care central [En ligne]. American Aging Care. Stages of Alzheimer's and dementia : durations and scales used to measure progression (GDS, FAST and CDR); 2023 [cité le 28 août 2023]. Disponible: <https://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/facts/stages/>
30. Piccinelli S. Les soins en milieu carcéral et la place de la justice dans le soin. J Psychol. Revigny-sur-Ormin : Martin Média; 2014;317(4):55-60.
31. Ministère des solidarités et de la santé. Les Unités hospitalières sécurisées interrégionales [En ligne]. Direction générale de l'offre de soins; 2000 p. 3. Disponible: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_mig\\_t02\\_unites\\_hospitalieres\\_securisees\\_interregionales\\_uhsi.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mig_t02_unites_hospitalieres_securisees_interregionales_uhsi.pdf)
32. Bazex H. L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse [En ligne]. Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire; 2009 p. 84. Disponible: [https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/edito/pdf/dossier\\_thematique\\_uhsi\\_dec2009.pdf](https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/edito/pdf/dossier_thematique_uhsi_dec2009.pdf)
33. francealzheimers.org [En ligne]. Association France Alzheimer. France Alzheimer et maladies apparentées; [cité le 10 juill 2023]. Disponible: <https://www.francealzheimers.org/association/qui-sommes-nous/notre-histoire/>
34. Touraut C. Âges et usages des espaces carcéraux : l'expérience des détenus « âgés » en France. Espac Sociétés. Toulouse : Érès; 2015;162(3):47-61.
35. [Témoignage] Comment la prison s'adapte à ses vieux détenus [En ligne]. forum-prison.forumactif.com. 2019 [cité le 17 juill 2023]. Disponible: <https://forum-prison.forumactif.com/t33241-temoignagecomment-la-prison-s-adapte-a-ses-vieux-detenus>
36. Observatoire international des prisons. Travail en prison [En ligne]. 2015 [cité le 17 juill 2023]. Disponible: <https://oip.org/wp-content/uploads/2017/01/oip-7-questions-travail-prison.pdf>
37. service-public.fr [En ligne]. Direction de l'information légale et administrative. Travail en prison; 2023 [cité le 17 juill 2023]. Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14153>
38. justice.gouv.fr [En ligne]. Ministère de la justice. Prévention du suicide en détention; 2018 [cité le 17 juill 2023]. Disponible: <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/prevention-du-suicide-detention>
39. CharenteLibre.fr [En ligne]. Charente libre. Prison: qui sont ces « codétenus de soutien » qui « apaisent » pour prévenir le suicide; 30 nov 2018 [cité le 17 juill 2023]. Disponible: <https://www.charentelibre.fr/france/prison-qui-sont-ces-codetenus-de-soutien-qui-apaisent-pour-prevenir-le-suicide-reportage-5586954.php>
40. Alix Mancel. Codétenu de soutien, ces prisonniers qui aident à prévenir le suicide en prison. RMC crime. 18 mars 2023;

41. Conseil de l'Europe. Recommandation N (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire [En ligne]. 8 avr 1998 p. 8. Disponible: <https://rm.coe.int/0900001680500c91>
42. Assemblée Générale des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'Homme [En ligne]. Paris France; déc 1948. Disponible: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/frn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf)
43. [pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://pour-les-personnes-agees.gouv.fr) [En ligne]. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Alzheimer en EHPAD : quel accompagnement ?; 2022 [cité le 10 juill 2023]. Disponible: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement>
44. Purewal R. Dementia in UK prisons: Failings and solutions? *Crim Behav Ment Health*. 2020;30(2):59-64.
45. van de Kerchove M. Les fonctions de la sanction pénale. *Entre droit et philosophie. Inf Soc*. Paris : Caisse nationale d'allocations familiales; 2005;127(7):22-31.
46. Fazel S, McMillan J, O'Donnell I. Dementia in prison: ethical and legal implications. *J Med Ethics*. juin 2002;28(3):156-9.
47. Combessie P. Les fonctions de la prison. *Reperes*. 2009;3:5-20.
48. Article 27 - LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire [En ligne]. Code Pénitentiaire. Sect. 2, 2009-1436 24 nov 2009. Disponible: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000021312257](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021312257)
49. [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr) [En ligne]. Direction de l'information légale et administrative. Réinsertion des détenus : les missions de l'administration pénitentiaire; 23 mai 2022 [cité le 21 août 2023]. Disponible: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-reinsertion-des-detenus-les-missions-de-la-penitentiaire-les-spip>
50. Ministère de la justice. Article 720-1-1 - Code de procédure pénale [En ligne]. Code de procédure pénale, Article 720-1-1 18 sept 2019. Disponible: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000039279123](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039279123)
51. AlloDocteurs [En ligne]. Dr Gérard Kierzek. « “Pronostic vital engagé” », késako ?; 2012 [cité le 21 août 2023]. Disponible: <https://www.allodocteurs.fr/archives-pronostic-vital-engage-kesako-8925.html>
52. Dorothé Goetz. Focus sur la suspension de peine pour motif médical. *Peine et exécution des peines*. Dalloz. [En ligne]. 2017 [cité le 21 août 2023]; Disponible: <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/focus-sur-suspension-de-peine-pour-motif-medical>
53. Arcand M. Enjeux de fin de vie dans les cas de démence avancée. *Can Fam Physician*. avr 2015;61(4):e178-82.
54. Haute autorité de santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'alzheimer ou à une maladie apparentée [En ligne]. 2018. Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_18\\_soins\\_stade\\_ultime.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_18_soins_stade_ultime.pdf)

55. Aston L. The ethics of healthcare in prison and dementia - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners. Brooke J, rédacteur. Dement PRISON Ethical Framew Support Res Pract Prison. 2 PARK SQ, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXFORD, ENGLAND : ROUTLEDGE; 2021;114-36.

## ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de sélection sur les textes intégraux

Titre des articles sélectionnés sur les abstracts		Sélection sur lecture des textes intégraux		
		SLD	MC	Choix final directeur de thèse
1	A determined team caring for an elderly detainee.	Non	Non	
2	A Matter of Intent: A Social Obligation to Improve Criminal Procedures for Individuals with Dementia	Non	Non	
3	Aboriginal prisoners and cognitive impairment: the impact of dual disadvantage on Social and Emotional Wellbeing	Non	Non	
4	Addressing commissioning difficulties is a priority for elderly prisoners	Non	Non	
5	Addressing the aging crisis in U.S. criminal justice health care	Non	Non	
6	Aging in correctional custody: Setting a policy agenda for older prisoner health care	Non	Non	
7	Aging in Orange	Non	Non	
8	Aging Patients in Correctional Settings	Non	Non	
9	An exploration of the support provided by prison staff, education, health and social care professionals, and prisoners for prisoners with dementia	Non	Non	
10	An Investigation Into the Impact of Dementia Knowledge and Attitudes on Individuals' Confidence in Practice: A Survey of Non-Healthcare Staff Inside the Prison Estate in England and Wales	Non	Non	

11	Are we failing to meet the healthcare needs of prisoners with dementia?	Oui	Oui	
12	Best care options for older prisoners with dementia: a scoping review	Oui	Oui	
13	Cognition and Incarceration: Cognitive Impairment and Its Associated Outcomes in Older Adults in Jail	Non	Non	
14	Cognitive dysfunction in older prisoners in Germany: a cross-sectional pilot study	Non	Non	
15	Cognitive Health and Incarceration among Older Adults	Non	Non	
16	Cognitive Impairment in Older Incarcerated Males: Education and Race Considerations	Non	Non	
17	Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners	Non	Non	
18	Comparison of neuropsychological test performance in forensic and nonforensic populations	Non	Non	
19	Comparison of Performance of the VIP and WMT in a Criminal Forensic Sample	Non	Non	
20	Correctional nurse education and training for the care and support of prisoners with dementia: a systematic review of text and opinion protocol	Non	Non	
21	Creating Dementia-friendly Prisons: Findings of Initial Steps in Addressing the Needs of Incarcerated Inmates with Dementia	Non	Non	
22	Dementia and crime - a forensic psychiatry unit study in Israel	Non	Non	
23	Dementia and the aging population: cognitive screening within correctional health	Non	Non	

24	Dementia and the Death Penalty	Non	Non	
25	Dementia behind bars: an unexpected yet predictable crisis	Oui	Oui	
26	Dementia care and offender populations	Oui	Oui	
27	Dementia in prison - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners	Oui	Oui	
28	Dementia in Prison An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners Introduction - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners	Non	Non	
29	Dementia in prison: ethical and legal implications	Non	Non	
30	Dementia in prisons – enabling better care practices for those ageing in correctional facilities	Oui	Oui	
31	Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care	Oui	Oui	
32	Dementia in UK prisons: Failings and solutions?	Non	Non	
33	Dementia-friendly prisons: a mixed-methods evaluation of the application of dementia-friendly community principles to two prisons in England	Oui	Oui	
34	Development of a Dementia Education Workshop for Prison Staff, Prisoners, and Health and Social Care Professionals to Enable Them to Support Prisoners With Dementia	Oui	Oui	
35	Diagnosing cognitive impairment in prisoners – a literature review	Non	Non	
36	Different perspectives on old age in prison	Non	Non	
37	Elderly criminals: A study of the first criminal offence in old age	Non	Non	

38	Emerging Need for Dementia Care in Prisons: Opportunities for Gerontological Nurses	Oui	Oui	
39	Enhancing early detection of cognitive impairment in the criminal justice system: feasibility of a proposed method	Non	Non	
40	Evaluating amnesia for criminal behavior: a guide to remember	Non	Non	
41	Evaluation of a neuropsychological screen in an incarcerated population	Non	Non	
42	Forget Me Not: Dementia in Prison	Oui	Oui	
43	Geriatric considerations in restoration of competence to stand trial: Two cases of impaired cognition	Non	Non	
44	Geriatrics and the Legal System	Non	Non	
45	High occurrence of dementia in older adults returning to community from prison	Non	Non	
46	Homicide and dementia: An investigation of legal, ethical, and clinical factors of Australian legal cases	Non	Non	
47	Human rights in prison and dementia - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners	Non	Non	
48	Improving Care for Older Prisoners Living With Dementia in Australian Prisons: Perspectives of External Organizations	Oui	Oui	
49	Improving the care of older persons in Australian prisons using the Policy Delphi method	Oui	Oui	
50	Incarceration impacts cognitive performance, and prisoner status matters	Non	Non	

51	Is It Morally Legitimate to Punish the Late Stage Demented for Their Past Crimes?	Non	Non	
52	Living With Dementia in Correctional Settings: A Case Report	Oui	Oui	
53	Locked up and at risk of dementia.	Non	Non	
54	Long-term imprisonment leads to cognitive impairment	Non	Non	
55	Mental health courts: Providing access to justice for people with mental illness and cognitive impairments	Non	Non	
56	Neurodegeneration Behind Bars: From molecules to jurisprudence	Non	Non	
57	Old age is no time to be doing time	Non	Non	
58	<b>Old and dangerous: Prison and dementia</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
59	Older people in custody in a forensic psychiatric facility, prevalence of dementia, and community reintegration needs: an exploratory analysis	Non	Non	
60	Older persons with dementia in prison: an integrative review	Oui	Oui	
61	OUT OF SIGHT, OUT OF MIND: The Incarceration of Cognitively Disabled Women in Australian Prisons	Non	Non	
62	Parkinson's Disease and the Criminal Justice System	Non	Non	
63	Prison - no place for older people	Non	Non	
64	Revisiting cognitive assessment in the Indian prison setting	Non	Non	
65	Screening prisoners for cognitive impairment – literature review	Non	Non	
66	The Building Bridges project: Linking disconnected service networks in acquired brain injury and criminal justice	Non	Non	

67	The elderly criminal	Non	Non	
68	The elderly offender: an 11-year survey of referrals to a regional forensic psychiatric service	Non	Non	
69	The ethics of healthcare in prison and dementia - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners	Non	Non	
70	'The guy might not even be able to remember why he's here and what he's in here for and why he's locked in': residents and prison staff experiences of living and working alongside people with dementia who are serving prison sentences for a sexual offence	Non	Non	
71	The impact of dementia in the prison setting: A systematic review	Oui	Oui	
72	The Management of Elderly Prisoners in France	Non	Non	
73	The Penitentiary visit - A new role for geriatricians?	Non	Non	
74	The prisoner's dementia: Ethical and legal issues regarding dementia and healthcare in prison	Non	Non	
75	The Special Needs Program for Inmate-Patients with Dementia (SNPID): a psychosocial program provided in the prison system	Oui	Oui	
76	Too old to execute? The court considers whether an aging prisoner with dementia and no memory of his crime should be put to death	Non	Non	
77	<b>Vulnerable prisoners: Dementia and the impact on prisoners, staff and the correctional setting</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
78	What are physicians' responsibilities to patients whose health conditions can influence their legal proceedings?	Non	Non	

## Annexe 2 : Articles inclus

1. Moore KJ, Burtonwood J. Are we failing to meet the healthcare needs of prisoners with dementia? *Int Psychogeriatr.* août 2019;31(8):1071-4.
2. du Toit SHJ, Withall A, O'Loughlin K, Ninaus N, Lovarini M, Snoyman P, et al. Best care options for older prisoners with dementia: a scoping review. *Int Psychogeriatr.* août 2019;31(8):1081-97.
3. Moll A. Dementia behind bars: an unexpected yet predictable crisis. *Ment Health Today.* avr 2013;24-7.
4. Peate I. Dementia care and offender populations. *Br J Community Nurs.* juin 2013;18(6):284-5.
5. Brooke J. Dementia in prison - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners. Brooke J, éditeur. *Dement PRISON Ethical Framework Support Res Pract Prison.* 2021;67-88.
6. du Toit SHJ, McGrath M. Dementia in prisons – enabling better care practices for those ageing in correctional facilities. *Br J Occup Ther.* 2018;81(8):460-2.
7. Feczko A. Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care. *J Am Assoc Nurse Pract.* déc 2014;26(12):640-8.
8. Treacy S, Haggith A, Wickramasinghe ND, Van Bortel T. Dementia-friendly prisons: a mixed-methods evaluation of the application of dementia-friendly community principles to two prisons in England. *BMJ Open.* août 2019;9(8):e030087.
9. Brooke J, Rybacka M. Development of a Dementia Education Workshop for Prison Staff, Prisoners, and Health and Social Care Professionals to Enable Them to Support Prisoners With Dementia. *J Correct Health Care.* avr 2020;26(2):159-67.
10. Kitt-Lewis E, Loeb SJ. Emerging Need for Dementia Care in Prisons: Opportunities for Gerontological Nurses. *J Gerontol Nurs.* févr 2022;48(2):3-5.
11. Maschi T, Kwak J, Ko E, Morrissey MB. Forget Me Not: Dementia in Prison. *The Gerontologist.* août 2012;52(4):441-51.

12. du Toit S, Ng S. Improving Care for Older Prisoners Living With Dementia in Australian Prisons: Perspectives of External Organizations. *Gerontologist*. avr 2022;62(4):543-55.
13. Patterson K, Newman C, Doona K. Improving the care of older persons in Australian prisons using the Policy Delphi method. *Dement Lond*. sept 2016;15(5):1219-33.
14. Peacock S, Hodson A, ra, MacRae R, Peternej-Taylor C. Living With Dementia in Correctional Settings: A Case Report. *J Forensic Nurs*. sept 2018;14(3):180-4.
15. Moll A. Losing track of time: dementia and the ageing prison population: treatment challenges and examples of good practice [En ligne]. Londres : Mental Health Foundation; 2013 p. 41.
16. Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Di Fiorino M. Old and dangerous: Prison and dementia. *J Forensic Leg Med*. oct 2017;51:40-4.
17. Peacock S, Burles M, Hodson A, ra, Kumaran M, MacRae R, et al. Older persons with dementia in prison: an integrative review. *Int J Prison Health*. août 2019;16(1):1-16.
18. Brooke J, Diaz-Gil A, Jackson D. The impact of dementia in the prison setting: A systematic review. *Dement Lond*. juill 2020;19(5):1509-31.
19. Hodel B, Sánchez HG. The Special Needs Program for Inmate-Patients with Dementia (SNPID): a psychosocial program provided in the prison system. *Dement Lond*. sept 2013;12(5):654-60.
20. Gaston S. Vulnerable prisoners: Dementia and the impact on prisoners, staff and the correctional setting. *Collegian*. 2018;25(2):241-6.

Annexe 3 : Articles exclus et raison de leur exclusion

<b>Article</b>	<b>Motif(s) d'exclusion</b>
Sifaoui B. [A determined team caring for an elderly detainee]. Soins Gerontol. avr 2011;(88):28-30.	Traite de gériatrie globale, non axé sur la démence
Arias JJ, Flicker LS. A Matter of Intent: A Social Obligation to Improve Criminal Procedures for Individuals with Dementia. J Law Med Ethics. juin 2020;48(2):318-27.	Ne traite pas de la prise en charge de la démence. Traite de l'aspect pénal : rapport entre démence et criminalité
Shepherd SM, Ogloff JRP, Shea D, Pfeifer JE, Paradies Y. Aboriginal prisoners and cognitive impairment: the impact of dual disadvantage on Social and Emotional Wellbeing. J Intellect Disabil Res. avr 2017;61(4):385-97.	Traite de la déficience intellectuelle et pas de la démence
Laidlaw J. Addressing commissioning difficulties is a priority for elderly prisoners. BMJ Online [En ligne]. 2012;345(7883).	Soulève des problématiques liées à la démence en détention sans proposer de prise en charge
Williams BA, Goodwin JS, Baillargeon J, Ahalt C, Walter LC. Addressing the aging crisis in U.S. criminal justice health care. J Am Geriatr Soc. juin 2012;60(6):1150-6.	Ne traite pas de la prise en charge de la démence
Williams BA, Stern MF, Mellow J, Safer M, Greifinger RB. Aging in correctional custody: Setting a policy agenda for older prisoner health care. Am J Public Health. 2012;102(8):1475-81.	Traite de la prise en charge des détenus âgé mais non spécifique de la démence
Bolano M. Aging in Orange. J Am Geriatr Soc. juin 2015;63(6):1239.	Ne traite pas spécifiquement de la prise en charge de la démence
Bedard R, Pelleg A. Aging Patients in Correctional Settings. Curr Geriatr Rep. 2019;8(3):250-5.	Traite de la prise en charge des détenus âgé mais non spécifique de la démence

<p>Brooke J, Jackson D. An exploration of the support provided by prison staff, education, health and social care professionals, and prisoners for prisoners with dementia. <i>J Forensic Psychiatry Psychol.</i> 2019;30(5):807-23.</p>	<p>Aborde le vécu subjectif du personnel pénitentiaire mais pas la prise en charge des détenus</p>
<p>Burke S, Hassoulas A, Forrester A. An Investigation Into the Impact of Dementia Knowledge and Attitudes on Individuals' Confidence in Practice: A Survey of Non-Healthcare Staff Inside the Prison Estate in England and Wales. <i>BJPSYCH OPEN.</i> juin 2022;8(1):S129.</p>	<p>Aborde le vécu subjectif du personnel pénitentiaire mais pas la prise en charge des détenus</p>
<p>Ahalt C, Stijacic-Cenzer I, Miller BL, Rosen HJ, Barnes DE, Williams BA. Cognition and Incarceration: Cognitive Impairment and Its Associated Outcomes in Older Adults in Jail. <i>J Am Geriatr Soc.</i> nov 2018;66(11):2065-71.</p>	<p>Traite du dépistage et de la prévalence de la démence en détention sans aborder la prise en charge</p>
<p>Verhülsdonk S, Folkerts AK, Höft B, Supprian T, Kessler J, Kalbe E. Cognitive dysfunction in older prisoners in Germany: a cross-sectional pilot study. <i>Int J Prison Health.</i> 2020;17(2):111-27.</p>	<p>Aborde le lien entre les caractéristiques socio-économique et la démence en détention mais ne traite pas de la prise en charge</p>
<p>L Lloyd S. Cognitive Health and Incarceration among Older Adults. <i>J Am Geriatr Soc.</i> mars 2019;67(3):622-3.</p>	<p>Ne traite pas de la prise en charge de la démence</p>
<p>Perez A, Manning KJ, Powell W, Barry LC. Cognitive Impairment in Older Incarcerated Males: Education and Race Considerations. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> oct 2021;29(10):1062-73.</p>	<p>Traite uniquement du dépistage et de tests diagnostiques de la démence en détention, pas de la prise en charge</p>
<p>Combalbert N, Pennequin V, Ferr, Claude, Arm, Marine, et al. Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. <i>Crim Behav Ment Health.</i> févr 2018;28(1):36-49.</p>	<p>Traite du dépistage, du diagnostic et de la qualité de vie mais pas de la prise en charge</p>

Selby MJ. Comparison of neuropsychological test performance in forensic and nonforensic populations. Am J Forensic Psychol. 1998;16(1):45-58.	Comparaison d'un test diagnostique entre population carcérale et population générale, ne traite pas de la prise en charge
Fazio RL, Denney RL. Comparison of Performance of the VIP and WMT in a Criminal Forensic Sample. Arch Clin Neuropsychol. déc 2018;33(8):1069-79.	Évalue des tests diagnostiques mais ne traite pas de la prise en charge
Gaston S, Porritt K, Jordan Z. Correctional nurse education and training for the care and support of prisoners with dementia: a systematic review of text and opinion protocol. JBI Database Syst Rev Implement Rep. juin 2019;17(6):1043-50.	Article incomplet ne présentant pas de résultats
Gruss VA, Hasnain M. Creating Dementia-friendly Prisons: Findings of Initial Steps in Addressing the Needs of Incarcerated Inmates with Dementia. J Am Geriatr Soc. avr 2020;68(1):S215.	Article incomplet ne présentant que des résultats préliminaires
HEINIK J, KIMHI R, HES J. DEMENTIA AND CRIME - A FORENSIC PSYCHIATRY UNIT STUDY IN ISRAEL. Int J Geriatr PSYCHIATRY. juin 1994;9(6):491-4.	Ne traite pas de la prise en charge de la démence. Traite de l'aspect pénal : rapport entre démence et criminalité
Washington L. Dementia and the aging population: cognitive screening within correctional health. Int J Prison Health. 2022	Traite du dépistage mais pas de la prise en charge
Dresser R. Dementia and the Death Penalty. Hastings Cent Rep. 2019;49(6):6-7.	Aborde le point de vue pénal et éthique : capacité à subir sa peine
Rybacka M. Dementia in Prison An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners Introduction -	Aborde des généralités sur la démence hors détention

<p>DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners. Brooke J, rédacteur. Dement PRISON Ethical Framew Support Res Pract Prison. 2 PARK SQ, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXFORD, ENGLAND : ROUTLEDGE; 2021;44-66.</p>	
<p>Fazel S, McMillan J, O'Donnell I. Dementia in prison: ethical and legal implications. J Med Ethics. juin 2002;28(3):156-9.</p>	<p>Aborde l'aspect éthique de maintenir un patient dément en détention, mais pas la prise en charge</p>
<p>Purewal R. Dementia in UK prisons: Failings and solutions? Crim Behav Ment Health. 2020;30(2):59-64.</p>	<p>Soulève des problématiques éthiques et des obstacles à la prise en charge sans proposer de solutions</p>
<p>Catalano G, Mason J, Brolan CE, Loughnan S, Harley D. Diagnosing cognitive impairment in prisoners – a literature review. J Intellect Disabil Offending Behav. 2020;11(4):221-32.</p>	<p>Traite du dépistage de la déficience intellectuelle</p>
<p>Vernière K, Monsieur L, Monsieur N. [Different perspectives on old age in prison]. Soins Gerontol. avr 2011;(88):38-9.</p>	<p>Traite de gériatrie globale, non axé sur la démence et du vécu subjectif des détenus</p>
<p>Barak Y, Perry T, Elizur A. Elderly criminals: A study of the first criminal offence in old age. Int J Geriatr Psychiatry. 1995;10(6):511-6.</p>	<p>Étudie le profil des délinquants âgés mais pas leur prise en charge</p>
<p>Jeanneret R, Spiranovic C, Eckstein L, McWhirter R, Arstein-Kerslake A, Scanlan J, et al. Enhancing early detection of cognitive impairment in the criminal justice system: feasibility of a proposed method. Curr ISSUES Crim JUSTICE. 2019;31(1):60-74.</p>	<p>Traite de l'importance du diagnostic de démence dans le parcours judiciaire, aspect pénal</p>

<p>Scott CL. Evaluating amnesia for criminal behavior: a guide to remember. <i>Psychiatr Clin North Am.</i> déc 2012;35(4):797-819.</p>	<p>Traite de l'amnésie et de ses impacts lors du procès, pas de la démence ni de sa prise en charge</p>
<p>Ball TD, Pastore RE, Sollman MJ, Burright RG, Donovick PJ. Evaluation of a neuropsychological screen in an incarcerated population. <i>Clin Neuropsychol.</i> août 2009;23(6):1037-49.</p>	<p>Evaluation d'un nouvel outils de dépistage de la démence sur la population carcérale, ne traite pas de prise en charge</p>
<p>Heck AL, Herrick SM. Geriatric considerations in restoration of competence to stand trial: Two cases of impaired cognition. <i>J FORENSIC Psychol Pract.</i> 2007;7(2):73-82.</p>	<p>Traite de l'aptitude à subir son procès, point de vue pénal</p>
<p>Yarnell SC, Kirwin PD, Zonana HV. Geriatrics and the Legal System. <i>J Am Acad PSYCHIATRY LAW.</i> juin 2017;45(2):208-17.</p>	<p>Traite de gériatrie globale, non axé spécifiquement sur la démence</p>
<p>Kuffel R, all, Byers A, Williams B, Fortinsky R, Boscardin J, et al. HIGH OCCURRENCE OF DEMENTIA IN OLDER ADULTS RETURNING TO COMMUNITY FROM PRISON. <i>Am J Geriatr PSYCHIATRY.</i> avr 2021;29(4):S45-6.</p>	<p>Ne traite pas de patients détenus</p>
<p>Baird A, Kennett J, Schier E. Homicide and dementia: An investigation of legal, ethical, and clinical factors of Australian legal cases. <i>Int J LAW PSYCHIATRY.</i> août 2020;71.</p>	<p>Traite de l'aptitude à subir son procès, point de vue pénal et lien entre criminalité et démence</p>
<p>Brooke J. Human rights in prison and dementia - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners. Brooke J, rédacteur. <i>Dement PRISON Ethical Framew Support Res Pract Prison.</i> 2 PARK SQ, MILTON PARK, ABINGDON</p>	<p>Traite de l'éthique et la législation sur la démence en détention mais pas de la prise en charge</p>

OX14 4RN, OXFORD, ENGLAND : ROUTLEDGE; 2021;89-113.	
Ezenwa MO, Orjiakor CT, Onu DU. Incarceration impacts cognitive performance, and prisoner status matters. J Forensic Psychiatry Psychol. 2020;31(4):613-22.	Traite de l'impact de la détention sur les fonctions cognitives de patients non déments
Hallich O. Is It Morally Legitimate to Punish the Late Stage Demented for Their Past Crimes? J Ethics. 2021;25(3):361-83.	Soulève problématiques éthiques sur la démence en détention, n'aborde pas la prise en charge
Christodoulou M. Locked up and at risk of dementia. Lancet Neurol. sept 2012;11(9):750-1.	Traite des effets de la détention sur le risque de développement d'une démence, mais pas de la prise en charge
Lapornik R, Lehofer M, Moser M, Pump G, Egner S, Posch C, et al. Long-term imprisonment leads to cognitive impairment. Forensic Sci Int. sept 1996;82(2):121-7.	Traite de l'impact de la détention sur les fonctions cognitives de patients non déments
Richardson L. Mental health courts: Providing access to justice for people with mental illness and cognitive impairments. Altern LAW J. juin 2019;44(2):100-7.	Traite de l'aptitude à subir son procès, point de vue pénal
Sfera A, Osorio C, Gradini R, Price A. Neurodegeneration Behind Bars: From molecules to jurisprudence. Front Psychiatry. 2014;5	Ne traite pas de la prise en charge de la démence en détention
Kapp MB. Old age is no time to be doing time. J Am Geriatr Soc. avr 2014;62(4):775-6.	Traite de l'aptitude à subir son procès, point de vue pénal
Stoliker BE, Kerodal AG, Jewell LM, Brown K, Kent-Wilkinson A, Peacock S, et al. Older people in custody in a	Traite de réinsertion des détenus âgés et pas

forensic psychiatric facility, prevalence of dementia, and community reintegration needs: an exploratory analysis. Health JUSTICE. janv 2022;10(1).	spécifiquement de la prise en charge de la démence
Toohey JA. OUT OF SIGHT, OUT OF MIND: The Incarceration of Cognitively Disabled Women in Australian Prisons. 2022	Aborde vécu subjectif des femmes détenues avec déficience intellectuelle
Freckelton I. Parkinson's Disease and the Criminal Justice System. J Law Med. 2022;29(2):309-21.	Soulève des problématiques éthiques mais pas de prise en charge
Norman A. Prison - no place for older people. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 2017;31(49):29.	Ne traite pas de la prise en charge de la démence
Aggarwal P, Joseph AA. Revisiting cognitive assessment in the Indian prison setting. J Intellect Disabil Offending Behav. 2020;11(3):191-200.	Traite de la relation entre déficience et délits, pas de prise en charge de la démence
Catalano G, Mason J, Brolan CE, Loughnan S, Harley D. Screening prisoners for cognitive impairment – literature review. J Intellect Disabil Offending Behav. 2020;11(4):201-10.	Traite du dépistage de la déficience intellectuelle et pas de la démence
Kelly G, Brown S, Simpson GK. The Building Bridges project: Linking disconnected service networks in acquired brain injury and criminal justice. Neuropsychol Rehabil. 2020;30(3):481-502.	Ne traite pas de la prise en charge spécifique de la démence
Fazel S, Jacoby R. The elderly criminal. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(3):201-2.	Traite de gériatrie globale mais pas spécifiquement de la démence
Curtice M, Parker J, Wismayer F, Tomison A. The elderly offender: an 11-year survey of referrals to a regional forensic psychiatric service. J FORENSIC PSYCHIATRY Psychol. sept 2003;14(2):253-65.	Traite de l'approche judiciaire de la démence, point de vue pénal

<p>Aston L. The ethics of healthcare in prison and dementia - DEMENTIA IN PRISON: An Ethical Framework to Support Research, Practice and Prisoners. Brooke J, rédacteur. Dement PRISON Ethical Framew Support Res Pract Prison. 2 PARK SQ, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXFORD, ENGLAND : ROUTLEDGE; 2021;114-36.</p>	<p>Traite de problématiques éthiques mais pas de la prise en charge</p>
<p>Dillon G, Vinter LP, Winder B, Finch L. ‘The guy might not even be able to remember why he’s here and what he’s in here for and why he’s locked in’: residents and prison staff experiences of living and working alongside people with dementia who are serving prison sentences for a sexual offence. Psychol Crime Law. 2019;25(5):440-57.</p>	<p>Traite du vécu subjectif des détenus et des surveillants mais pas de la prise en charge</p>
<p>Combalbert N, Rambourg C. The Management of Elderly Prisoners in France. Prison J. 2019;99(5):559-71.</p>	<p>Traite de gériatrie globale mais pas de la prise en charge spécifique de la démence</p>
<p>Collins DR, Bird R. The Penitentiary visit - A new role for geriatricians? Age Ageing. 2007;36(1):11-3.</p>	<p>Ne traite pas spécifiquement de la prise en charge de la démence</p>
<p>Garavito DMN. The prisoner’s dementia: Ethical and legal issues regarding dementia and healthcare in prison. Cornell J Law Public Policy. 2020;29(1):211-36.</p>	<p>Soulève des problématiques éthiques mais ne traite pas de la prise en charge</p>
<p>Walsh M. Too old to execute? The court considers whether an aging prisoner with dementia and no memory of his crime should be put to death. ABA J. 2018;104(10):20-1.</p>	<p>Traite de l’aptitude à subir son procès, point de vue pénal</p>
<p>Beckmann D. What are physicians’ responsibilities to patients whose health conditions can influence their legal proceedings? AMA J Ethics. 2017;19(9):877-84.</p>	<p>Soulève des problématiques éthiques et pénales mais ne traite pas de la prise en charge</p>

#### Annexe 4 : Grilles d'évaluation méthodologiques

Titre de l'article	Improving the care of older persons in australian prisons using the policy delphi method		
Grille utilisée	COREQ		
Sujet	Items	M	S
Equipe de recherche et de réflexion	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	1	1
	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	1	1
	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	1	1
	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	1	1
	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	0	0
	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	0	0
	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	0	0
	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	0	0
Conception de l'étude	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	1	1
	Comment ont été sélectionnés les participants ?	1	1
	Comment ont été contactés les participants ?	1	1
	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	1	1
	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0	0
	Où les données ont-elles été recueillies ?	1	1
	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	0	0
	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	1	1
	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ?	0	0
	Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	0	0
	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	0,5 0,5	0,5 0,5
	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	1	0
	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	1	1
	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	0	0
	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	0	0
Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	0	1	
Analyse et résultats	Combien de personnes ont codé les données ?	0	0
	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	0	0
	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	1	1
	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	0	0
	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	0	0
	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	0 0	0 0
	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	1	1
	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	1	1
	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	1	1
<b>Total / 32 points</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	
<b>Total en pourcentage</b>	<b>53%</b>	<b>53%</b>	

Titre de l'article	Old and dangerous : prison and dementia		
Grille utilisée	PRISMA		
Sujet	Items	M	S
Titre	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	0	0
Résumé	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources de données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	0	0
Introduction	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	1	1
	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS)	1	1
Méthode	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où, et le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	0	0
	Spécifier les caractéristiques de l'étude utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	1	1
	Décrire toutes les sources d'information de recherche et la date de la dernière recherche.	1	1
	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	1	1
	Indiquer le processus de sélection des études.	0	0
	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports et tous les processus d'obtention et vérification des données auprès des investigateurs.	0	0
	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées et les suppositions et simplifications réalisées.	0	0
	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude, et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	0	0
	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats.	0	0
	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité pour chaque méta-analyse.	0	0
	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global.	0	0
	Décrire les méthodes des analyses complémentaires, si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	0	0
	Résultats	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	0
Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites et fournir les références.		0	0
Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats.		0	0
Pour tous les résultats considérés, présenter, pour chaque étude : a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).		0	0
Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisées, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.		0	0
Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études.		0	0
	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires.	0	0
Discussion	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun de principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés.	0	0

	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats, ainsi qu'au niveau de la revue.	0	0
	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	1	1
Financement	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	1	1
<b>Total / 27 points</b>		<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>26%</b>	<b>26%</b>

<b>Titre de l'article</b>	The impact of dementia in the prison setting : a systematic review		
<b>Grille utilisée</b>	PRISMA		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	1	1
Résumé	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources de données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1	1
Introduction	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	1	1
	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS)	1	1
Méthode	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où, et le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	0	0
	Spécifier les caractéristiques de l'étude utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	1	1
	Décrire toutes les sources d'information de recherche et la date de la dernière recherche.	1	1
	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	1	1
	Indiquer le processus de sélection des études.	1	1
	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports et tous les processus d'obtention et vérification des données auprès des investigateurs.	1	1
	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées et les suppositions et simplifications réalisées.	0	0
	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude, et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	1	1
	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats.	0	0
	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectuées, y compris les tests d'hétérogénéité pour chaque méta-analyse.	0	0
	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global.	0	0
	Décrire les méthodes des analyses complémentaires, si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	0	0
Résultats	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	1	1
	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites et fournir les références.	1	1
	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats.	0	0
	Pour tous les résultats considérés, présenter, pour chaque étude : a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ;	0	0,5

	b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	0	0,5
	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisées, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	0	0
	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études.	0	0
	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires.	0	0
Discussion	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun de principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés.	1	1
	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats, ainsi qu'au niveau de la revue.	1	1
	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	1	1
Financement	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	1	1
<b>Total / 27 points</b>		<b>16</b>	<b>17</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>59%</b>	<b>63%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Living with dementia in correctional settings		
<b>Grille utilisée</b>	CARE		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre	Les mots « étude de cas » devraient figurer dans le titre avec le sujet étudié.	0	0
Mots-clés	2 à 5 mots clés qui identifient les champs couverts dans cette étude de cas.	1	1
Résumé	Introduction – Qu'y a-t-il d'unique dans ce cas ? Qu'apporte-t-il à la littérature médicale ?	0	0,25
	Principaux symptômes du patient et résultats cliniques essentiels.	0,25	0,25
	Principaux diagnostics, interventions thérapeutiques et résultats.	0	0,25
	Conclusion – Quelles sont les principaux enseignements à retenir de ce cas ?	0,25	0,25
Introduction	Un ou deux paragraphes résumant la raison pour laquelle ce cas est unique, avec des références	1	1
Patient	Informations démographiques anonymisées et autres informations spécifiques au patient.	0	0
	Principales inquiétudes et symptômes du patient.	0,25	0,25
	Antécédents médicaux, familiaux et psychosociaux, y compris les éléments génétiques pertinents.	0	0
	Interventions antérieures pertinentes et leurs résultats.	0	0
Résultats cliniques	Décrire l'examen physique ciblé et tout autre résultat clinique significatif.	0	0
Chronologie	Informations importantes de l'histoire du patient organisées de façon chronologique.	0	0
Démarche diagnostique	Méthodes diagnostiques	0	0
	Enjeux diagnostiques	0	0
	Raisonnement diagnostique, y compris les autres diagnostics considérés	0	0
	Facteurs pronostics, le cas échéant	0	0
Intervention thérapeutique	Types d'intervention	0	0
	Modalités d'intervention	0	0
	Changements d'intervention	0	0
Suivi et résultats	Résultats évalués par le praticien et le patient (si approprié).	0	0
	Résultats majeurs des tests diagnostiques de suivi et des autres tests.	0	0
	Observance et tolérance à l'intervention.	0	0
	Effets indésirables et inattendus.	0	0
Discussion	Discussion sur les points forts et les limites de votre approche de ce cas.	0,25	0,25
	Discussion sur la littérature médicale pertinente.	0,25	0,25

	Justification des conclusions.	0,25	0,25
	Principaux enseignements à retenir de cette étude de cas.	0,25	0,25
Perspective du patient	Dans la mesure du possible, le patient devrait exprimer son avis sur les traitements reçus.	0	0
Consentement éclairé	Le patient avait-il donné son consentement éclairé ? A fournir sur demande.	0	0
<b>Total / 13 points</b>		<b>4</b>	<b>4,25</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>31%</b>	<b>33%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Best care option for older prisoners with dementia : a scoping review		
<b>Grille utilisée</b>	PRISMA		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	1	1
Résumé	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources de données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1	1
Introduction	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	1	1
	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS)	1	1
Méthode	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où, et le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	1	1
	Spécifier les caractéristiques de l'étude utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	1	1
	Décrire toutes les sources d'information de recherche et la date de la dernière recherche.	1	1
	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	1	1
	Indiquer le processus de sélection des études.	1	1
	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports et tous les processus d'obtention et vérification des données auprès des investigateurs.	1	1
	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées et les suppositions et simplifications réalisées.	1	1
	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude, et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	0	0
	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats.	0	1
	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité pour chaque méta-analyse.	0	0
	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global.	0	0
	Décrire les méthodes des analyses complémentaires, si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	0	0
Résultats	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	1	1
	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites et fournir les références.	1	1
	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats.	0	0
	Pour tous les résultats considérés, présenter, pour chaque étude : a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ;	0,5	0,5

	b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	0	0
	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisées, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	0	0
	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études.	0	0
	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires.	0	0
Discussion	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun de principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés.	1	1
	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats, ainsi qu'au niveau de la revue.	1	1
	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	1	1
Financement	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	1	1
<b>Total / 27 points</b>		<b>17,5</b>	<b>18,5</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>65%</b>	<b>68%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Olders persons with dementia in prison : an integrative review		
<b>Grille utilisée</b>	PRISMA		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	1	1
Résumé	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources de données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1	1
Introduction	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	1	1
	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS)	1	1
Méthode	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où, et le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	0	0
	Spécifier les caractéristiques de l'étude utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	1	1
	Décrire toutes les sources d'information de recherche et la date de la dernière recherche.	1	1
	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	1	1
	Indiquer le processus de sélection des études.	1	1
	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports et tous les processus d'obtention et vérification des données auprès des investigateurs.	1	1
	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées et les suppositions et simplifications réalisées.	0	0
	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude, et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	0	0
	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats.	0	0
	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité pour chaque méta-analyse.	0	0
	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global.	0	0
Décrire les méthodes des analyses complémentaires, si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	0	0	

Résultats	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	1	1
	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites et fournir les références.	1	1
	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats.	0	0
	Pour tous les résultats considérés, présenter, pour chaque étude : a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	0,5 0	0,5 0
	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisées, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	0	1
	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études.	0	0
	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires.	0	0
Discussion	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun de principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés.	1	1
	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats, ainsi qu'au niveau de la revue.	1	1
	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	1	1
Financement	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	0	0
<b>Total / 27 points</b>		<b>14,5</b>	<b>15,5</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>54%</b>	<b>57%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Dementia-friendly prisons : a mixed-methods evaluation of the application of dementia-friendly community principles to two prisons in england		
<b>Grille utilisée</b>	SQUIRE		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre	Indique que l'article concerne l'amélioration de la qualité.	0	0
	Précise l'objectif spécifique de l'intervention.	1	1
	Indique la méthode utilisée.	1	1
Résumé	Résume précisément toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la revue envisagée.	1	1
Introduction	Fournit une brève synthèse non sélective des connaissances actuelles sur le problème de soins abordé, et les caractéristiques des organisations concernées.	1	1
	Décrit la nature et la gravité du problème spécifique local ou du dysfonctionnement spécifique du système abordé.	1	1
	Décrit l'objectif spécifique de l'intervention proposée.	1	1
	Indique qui et ce qui a déclenché la décision d'engager des changements, et pourquoi maintenant.	1	0
	Etablit précisément la question principale d'amélioration et toutes les questions secondaires auxquelles l'étude d'intervention cherche à répondre.	1	1
Méthodes	Décrit les aspects éthiques liés à la mise en œuvre et à l'étude de l'amélioration, tels que le respect de la vie privée, la protection du bien-être physique des participants, et les potentiels conflits d'intérêts des auteurs ; et comment les préoccupations éthiques ont été traitées.	1	1
	Indique comment les éléments du cadre local de soins, considérés les plus susceptibles d'influencer le changement/amélioration du (ou des) site(s) concerné(s), ont été identifiés et caractérisés.	1	1
	a. Décrit l'intervention et ses composantes de manière suffisamment détaillée pour que d'autres puissent la reproduire. b. Indique les principaux facteurs qui ont contribué au choix de l'intervention spécifique.	0 0	0,33 0

	c. Décrit la programmation initiale de la façon dont l'intervention devait être mise en œuvre.	0,33	0,33
	a. Expose les dispositions prises pour évaluer les modalités de mise en œuvre de l'intervention.	0,2	0,2
	b. Décrit les mécanismes par lesquels les composantes de l'intervention étaient censées provoquer des changements, et les dispositions pour tester la mise en œuvre effective de ces mécanismes.	0,2	0,2
	c. Identifie la conception de l'étude choisie pour mesurer l'impact de l'intervention sur les résultats primaires et secondaires, le cas échéant.	0,2	0,2
	d. Explique les règles de mise en œuvre des aspects essentiels de la conception de l'étude choisie, comme décrit dans les recommandations de publication pour les conceptions spécifiques, le cas échéant.	0,2	0,2
	e. Décrit les aspects de la conception de l'étude qui concernaient en particulier la validité interne et la validité externe.	0	0
	a. Décrit les instruments et procédures utilisés pour évaluer : - le caractère effectif de la mise en œuvre, - les contributions des composantes de l'intervention et des facteurs contextuels à l'efficacité de l'intervention, - les résultats primaires et secondaires	0,33	0,33
	b. Rapporte les efforts pour valider et tester la fiabilité des outils d'évaluation.	0	0
	c. Explique les méthodes utilisées pour assurer la qualité et l'adéquation des données.	0	0,33
	a. Fournit des détails sur les méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des conclusions à partir des données	0	0,25
	b. Aligne l'unité d'analyse avec le niveau auquel l'intervention a été mise en œuvre, le cas échéant	0	0
	c. Indique le degré de variabilité attendue dans la mise en œuvre, le changement attendu pour le critère de jugement principal et le potentiel de l'étude ainsi conçue pour détecter de tels effets	0	0
	d. Décrit les méthodes analytiques utilisées pour démontrer les effets du temps comme variable	0,25	0,25
Résultats	Nature du contexte et de l'intervention		
	a. Caractérise les éléments pertinents du contexte de mise en œuvre et les structures et les modèles de soins	0,25	0,25
	b. Explique le déroulement réel de l'intervention de préférence en utilisant une frise chronologique ou un diagramme de flux	0,25	0,25
	c. Rapporte le degré de réussite de la mise en œuvre des composantes de l'intervention	0,25	0
	d. Décrit comment et pourquoi le plan initial a évolué et les principales leçons tirées de cette évolution en particulier des effets du retour interne des tests de changement	0	0,25
	Changement dans les processus de soin et l'état de santé des patients en rapport avec l'intervention		
	a. Présente les données relatives aux changements observés dans le processus de délivrance de soins	0,2	0,2
	b. Présente les données relatives aux changements observés sur les mesures de l'état de santé des patients	0	0,2
	c. Considère les bénéfices, préjudices, les résultats inattendus, les problèmes, les échecs	0,2	0,2
	d. Présente les éléments de preuves relatifs à la force de corrélation entre les changements/améliorations observées et les composantes de l'intervention/facteur contextuel		
	e. Comprend une synthèse des données manquantes relatives à l'intervention et aux résultats	0,2	0
		0	0
Discussion	Que signifient les résultats ?		
		0,5	0,5

	a. Synthétise les progrès les plus importants et les difficultés de réalisation des composantes de l'intervention, et les principaux changements observés relatifs à la délivrance des soins et aux résultats cliniques b. Souligne les points fort de l'étude	0,5	0,5
	Compare et confronte les résultats de l'étude à d'autres conclusions pertinentes en s'appuyant sur une large revue de la littérature ; l'utilisation d'un tableau récapitulatif peut être utile pour comparer les données existantes	0	0
Limitations	a. Considère les causes possibles de confusion, de biais ou d'imprécision, de la conception, la mesure et l'analyse, qui pourrait affecter les résultats de l'étude	0,2	0,2
	b. Explore les facteurs qui pourraient affecter la "généralisabilité"	0,2	0,2
	c. Etablit le risque d'érosion des gains au fil du temps, et décrit les plans, le cas échéant, de surveillance et de maintenance de l'amélioration; déclare explicitement si une telle planification n'a pas été faite	0	0
	d. Explore les efforts réalisés pour réduire et tenir compte des faiblesses de l'étude	0,2	0
	e. Évalue l'effet des limites de l'étude sur l'interprétation et l'application des résultats	0,2	0,2
Interprétation	a. Explore les raisons possibles des différences entre les résultats observés et les résultats attendus	0,25	0
	b. Tire des conclusions en cohérence avec la puissance des données au sujets des mécanismes causaux et l'importance des changements observés, en accordant une attention particulière aux composantes de l'intervention et aux facteurs contextuels facilitateurs ayant déterminé l'efficacité de l'intervention, et les types de contextes dans lesquels cette intervention est la plus susceptible d'être efficace	0,25	0,25
	c. Suggère les étapes qui pourraient être modifiées pour améliorer la performance future	0,25	0,25
	d. Examine les enjeux du coût d'opportunité et de coût financier réel de l'intervention	0,25	0
Conclusion	a. Considère l'utilité pratique globale de l'intervention	0,5	0,5
	b. Suggère les impacts de ce rapport pour des études ultérieures d'intervention d'amélioration	0	0,5
Financement	Y avait-il d'autres facteurs pertinents pour la conduite et l'interprétation de l'étude ?	0	1
<b>Total / 23</b>		<b>16,36</b>	<b>17,07</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>71,1%</b>	<b>74,2%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Development of a dementia education workshop for prison staff, prisoners, and health and social care professionals to enable them to support prisoners with dementia		
<b>Grille utilisée</b>	STROBE		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Titre et résumé	a. Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés	0	0
	b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	0	0
Introduction	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	1	1
	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori	1	1
Méthode	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	1	1

	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement d'exposition, de suivi et de recueil des données	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude de cohorte - indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi</li> <li>Étude cas-témoins - indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins</li> <li>Etude transversale - indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants</li> </ul>	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etude de cohorte - pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujet exposé et non exposé</li> <li>Etude cas-témoin ; Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas</li> </ul>	0	0
	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	0	0
	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesure). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	1	1
	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	0	0
	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	0	0
	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	0	0
	a. Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion	0	0
	b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions	0	0
	c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0	0
	d. - Etude de cohorte - Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités	0	0
	- Etude cas-témoins - Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé	0	0
	- Etude transversale - Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage	0	0
	e. Décrire toutes les analyses de sensibilité	0	0
Résultats	a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0,33	0,33
	b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape	0	0
	c. Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	0	0
	a. Indiquer les caractéristiques de la population étudiée et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels	0,33	0,33
	b. Indiquer le nombre de sujets inclus avec les données manquantes pour chaque variable d'intérêt	0	0
	c. Etude de cohorte - Résumer la période de suivi	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etude de cohorte - Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps</li> <li>Etude cas-témoins - Rapporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesuré</li> <li>Etude transversale : Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés</li> </ul>	0	1

	a. Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision. Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus	0	0
	b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées	0	0
	c. Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps interprétable	0	0
	Mentionner les autres analyses réalisées	0	0
Discussion	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	1	1
	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	1	1
	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	1	1
	Discuter la "généralisabilité" des résultats de l'étude	1	1
Financement	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	1	1
<b>Total / 22</b>		<b>9,66</b>	<b>10,66</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>44 %</b>	<b>48%</b>

<b>Titre de l'article</b>	Improving care for older prisoners living with dementia in Australian prisons : Perspectives of external organizations		
<b>Grille utilisée</b>	COREQ		
<b>Sujet</b>	<b>Items</b>	<b>M</b>	<b>S</b>
Equipe de recherche et de réflexion	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	0	0
	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	1	1
	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	1	1
	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	1	1
	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	0	0
	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	1	1
	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	0	0
	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	0	0
Conception de l'étude	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	1	1
	Comment ont été sélectionnés les participants ?	1	1
	Comment ont été contactés les participants ?	1	1
	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	1	1
	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1	1
	Où les données ont-elles été recueillies ?	1	1
	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	1	0
	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	1	1
	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ?	0	0
	Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	0	0
	Les entretiens étaient-ils répétés ?	0	0
	Si oui, combien de fois ?	0	0
Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	1	1	

	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?	1	1
	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?	1	1
	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	0	0
	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	0	0
Analyse et résultats	Combien de personnes ont codé les données ?	0	0
	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	1	1
	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	1	1
	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	1	1
	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	0	0
	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	0,5	0,5
	Chaque citation était-elle identifiée ?	0,5	0,5
	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	1	1
	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	1	1
Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	1	1	
<b>Total / 32 points</b>		<b>20</b>	<b>21</b>
<b>Total en pourcentage</b>		<b>62,5%</b>	<b>66%</b>

AUTEURS : Margot CASSAGNE et Solenn LE DRAOULLEC

TITRE : Evaluation de la prise en charge des troubles neurocognitifs en détention : revue systématique de la littérature

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. Jonathan VASSEUR

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 05 octobre 2023

---

**Introduction** : La population carcérale vieillit depuis les années 1990. Le système pénitentiaire est ainsi exposé à des problématiques inédites telles que la gestion des troubles cognitifs de ses détenus âgés.

**Objectif** : Évaluer les modèles de prise en charge des troubles cognitifs dans le milieu carcéral mondial afin d'identifier des pistes d'amélioration adaptables en France.

**Méthode** : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les recommandations PRISMA. Les bases de données Pubmed, Web of Science et Scopus ainsi que la littérature grise ont été interrogées afin d'inclure tous les articles publiés jusqu'en 2023.

**Résultats** : 20 références ont été retenues. Le dépistage doit être réalisé à l'aide du MMSE ou du PADL chez tous les détenus à partir de 50 ans. Le personnel pénitentiaire et les codétenus doivent être formés au repérage et à l'accompagnement des patients atteints de troubles cognitifs. L'environnement carcéral nécessite des adaptations architecturales, physiques et sociales permettant d'assurer une certaine qualité de vie. La coordination des soins doit être améliorée par l'intervention d'équipes multidisciplinaires en détention.

**Conclusion** : Le dépistage, la formation et l'adaptation environnementale sont les piliers de la prise en charge et pourraient être adaptés en France. Il est indispensable de dispenser des soins de bonne qualité en prison. Cependant, la question éthique du maintien de patients souffrant de troubles cognitifs sévères en détention doit être soulevée.

---

Evaluation of the patient care management of neurocognitive disorders in prison : systematic review

---

**Introduction** : The prison population has been aging since the 1990s. Thus, the penitentiary system is facing new challenges, such as managing the cognitive disorders of its elderly inmates.

**Objective** : Evaluate models of patient care management of cognitive disorders in prisons worldwide, to identify improvements that can be adapted to France.

**Method** : A systematic review was conducted as recommend by the PRISMA statement. The databases Pubmed, Web of Science and Scopus, as well as grey literature, were explored to include all articles published up to 2023.

**Results** : 20 references were selected. All inmates aged 50 and over should be screened using the MMSE or PADL. Prison staff and fellow inmates must be trained to identify and support patients with cognitive disorders. The prison environment requires architectural, physical and social adaptations to ensure a certain quality of life. Care coordination needs to be improved through the involvement of multidisciplinary teams in detention.

**Conclusion** : Screening, training and environmental adaptation are central to care and could be adapted in France. It is essential to provide high-quality care in prison. However, the ethical question of keeping patients with severe cognitive disorders in prison must be raised.

---

**Mots-clés** : démence, troubles cognitifs, prison, détenus, revue systématique

**Keywords** : dementia, cognitive impairment, prison, inmate, systematic review

---

**Discipline administrative** : Médecine générale

---