

Trouble cognitif chez les personnes purgeant des peines d'emprisonnement : Prévalence, incidences sur les problèmes en détention et modèles exemplaires de réponse du service : Un examen rapide

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

D^r Alexander Simpson, BMedSci, MBChB, FRANZCP, FCPA

D^r Cory Gerritsen, Ph. D., C.Psych

D^r Roland Jones, MBChB, B. Sc., M. Sc., FRCPsych, Ph. D.

Margaret Maheandiran, B. Com., M. Sc., coordinatrice de recherche

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et Université de Toronto

Avec l'aide pour la recherche de Prabhdeep Mann, Corina Picco et Aaima Cheema.

Le D^r Simpson est professeur titulaire et titulaire de la chaire de recherche en psychiatrie légale au CAMH et à l'Université de Toronto, ainsi que scientifique principale pour les programmes de recherche du CAMH. Le D^r Gerritsen est professeur adjoint à l'Université de Toronto et scientifique dans la Division des sciences judiciaires du CAMH. Le D^r Jones est professeur associé à l'Université de Toronto et est scientifique et responsable médical de la recherche et des bourses pour la division de la psychiatrie légale du CAMH. M^{me} Maheandiran est coordonnatrice de recherche dans la Division des sciences judiciaires du CAMH.

RÉSUMÉ

L'enquêteur correctionnel du Canada a chargé la Division des sciences judiciaires du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) d'effectuer une analyse documentaire portant sur les enjeux pertinents aux détenus condamnés qui présentent des déficits cognitifs.

L'analyse visait à décrire les caractéristiques de chaque déficit cognitif spécifique, leur prévalence dans les milieux carcéraux, les techniques d'évaluation pertinentes pour chaque trouble, et les stratégies pertinentes pour aider ces personnes pendant leur incarcération.

Nous avons effectué une analyse documentaire rapide en nous concentrant sur les analyses documentaires internationales et les documents de source canadienne pour répondre à ces questions.

Parmi les principaux troubles cognitifs qui affectent les détenus, il y a le trouble du développement intellectuel (TDI), le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), le trouble du spectre autistique (TSA), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et la lésion cérébrale traumatique (LCT). Chacun de ces troubles est décrit, y compris des détails sur ce qui est connu de leur prévalence dans les milieux carcéraux, les besoins spécifiques et les dangers. Les réponses à ces besoins sont décrites sous les rubriques dépistage et évaluation, interventions fondées sur des données probantes et besoins en matière de réinsertion sociale.

La recherche dans ce domaine est limitée par des méthodologies d'évaluation incohérentes. Cela entraîne des estimations variables de la prévalence. On a constaté un certain niveau de déficit cognitif grave chez 15 % des personnes incarcérées dans la région du Pacifique au Canada (Stewart et coll., 2016).

Les personnes ayant un trouble cognitif sont à risque à divers moments dans le système de justice pénale, car elles peuvent ne pas comprendre les renseignements qui leur sont communiqués et éprouver des difficultés d'adaptation à leur admission en détention. Ces difficultés peuvent être importantes et dépasser leur capacité d'adaptation à faire face, contribuant à des comportements indésirables en détention, au risque de victimisation, d'exploitation, d'automutilation, ainsi que de réincarcération en raison de la capacité limitée de la personne à bénéficier des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale.

Pour aborder les schémas de difficulté communs auxquels ces personnes sont confrontées, le personnel correctionnel doit reconnaître leurs besoins spécifiques. Grâce à la formation et à un niveau de sensibilisation accru chez le personnel, des programmes d'évaluation et d'intervention spécifiques peuvent être offerts. Un programme de dépistage suivi d'une évaluation sur mesure en fonction du type de trouble cognitif présumé peut mener à une meilleure détermination de la nature des difficultés vécues par la personne. Il constitue la base d'une formulation comportementale spécifique, d'un hébergement et des interventions adaptés en milieu correctionnel afin de répondre aux besoins de la personne.

Des outils spécifiques sont recommandés pour chaque trouble. Il existe des pratiques prometteuses fondées sur des données probantes dans le programme adapté pour les TDI et les LCT, qui méritent d'être étudiées et mises en œuvre davantage. Elles peuvent servir de base pour des cadres d'intervention pour les principaux groupes de troubles cognitifs. Une formation complète couvrant la définition de ces troubles, la manière dont ils se manifestent en détention, et les adaptations aux processus de détention et de réadaptation nécessaires pour chacun sont des éléments essentiels pour régler ces enjeux. Il y a peu d'exemples de programmes d'études ou de formation disponibles. Cela représente un écart qui pourrait être facilement comblé.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	2
1. INTRODUCTION	4
2. MÉTHODOLOGIE	5
3. RÉSULTATS	6
3.1 TROUBLES COGNITIFS EN GÉNÉRAL.....	6
3.2 TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL (TDI)	9
3.3 SYNDROME D’ALCOOLISATION FŒTALE (SAF).....	11
3.4 TROUBLES DU SPECTRE de l’AUTISTE (TSA)	13
3.5 LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE (LCT).....	15
3.6 TROUBLE DÉFICITAIRE DE L’ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)	19
4. INTÉGRATION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS.....	20
Annexe Prévalence de divers troubles cognitifs dans les analyses sur lesquelles s’appuie le présent document.	26
Tableau 1. Trouble du développement intellectuel.....	26
Tableau 2. Syndrome d’alcoolisation fœtale	27
Tableau 3 : Trouble du spectre de l’autisme	28
Tableau 4. Lésion cérébrale traumatique	29
Tableau 5. Trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité	30
RÉFÉRENCES	31

1. INTRODUCTION

L’enquêteur correctionnel du Canada, un ombudsman indépendant pour les personnes placées sous la garde ou sous la surveillance du Service correctionnel Canada (SCC), a chargé la Division des sciences judiciaires du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) d’effectuer une analyse documentaire sur les personnes purgeant une peine, qui présentent des troubles cognitifs et de déterminer des réponses fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires. Le trouble cognitif fait référence à un large éventail de problèmes cognitifs et du développement, qui comprend le syndrome d’alcoolisation fœtale, le trouble du développement intellectuel, les lésions cérébrales traumatiques et les troubles du spectre de l’autisme. En outre, on se préoccupe de plus en plus de la prévalence du trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité (TDAH) au sein de cette population.

L’enquêteur correctionnel a commandé une analyse pour décrire ce qui suit :

- Chaque trouble cognitif et les caractéristiques qui y sont pertinentes dans les établissements pénitentiaires;
- Les techniques d’évaluation généralement acceptées pour chaque type de trouble;
- La prévalence de chaque trouble dans les établissements pénitentiaires par rapport à la population générale;
- Les stratégies disponibles pour aborder des troubles cognitifs spécifiques dans le milieu carcéral (y compris le traitement, la thérapie, les médicaments, les aménagements, les stratégies pour faciliter l’adaptation au mode ou au style d’apprentissage d’une personne, les pratiques exemplaires en gestion correctionnelle).

Pour aborder ces enjeux, nous avons adopté une méthodologie d’analyse rapide (King et coll., 2022) afin de réaliser une analyse structurée des données probantes, en accordant la priorité aux analyses systématiques et aux recherches récentes, tout en étant guidés par l’expérience clinique des auteurs. Nous avons cherché à résumer les documents et à décrire les domaines de consensus ainsi que les lacunes dans les connaissances actuelles.

Cette analyse comprend un examen des réponses aux échelons correctionnels et des programmes, comme les interventions en santé adaptées à ces troubles cognitifs. De plus, l’analyse abordera également brièvement les questions liées au trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité. La structure de ce rapport est la suivante : Après avoir décrit la méthodologie du travail, nous traiterons des données probantes disponibles pour chaque groupe de diagnostic important : le trouble du développement intellectuel, le syndrome d’alcoolisation fœtale, le trouble du spectre de l’autisme et la lésion cérébrale traumatique.

Pour chaque rubrique diagnostique, nous décrirons les données probantes dans les domaines suivants :

- Prévalence de l’état chez la population incarcérée.
- Incidence sur le fonctionnement en détention et incidence sur les résultats en matière de justice pénale, y compris l’adaptation à l’incarcération et la capacité de bénéficier des programmes de réadaptation.
- Regroupement de l’intervention des services à ces défis en utilisant le modèle STAIR (Forrester et coll., 2018; Simpson et coll., 2022), qui englobe le dépistage, le triage et l’évaluation, l’intervention et la réinsertion sociale. Dans chaque domaine, nous

mettrons en évidence les meilleures données probantes et déterminerons les lacunes en matière de connaissances.

Une section supplémentaire sur le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité est incluse, mais n'est pas examinée de manière exhaustive.

2. MÉTHODOLOGIE

Nous avons utilisé une méthodologie d'analyse rapide officielle (King et coll., 2022) de la documentation universitaire mondiale et de la littérature grise. L'analyse rapide a été développée comme une méthode afin de résumer la documentation disponible ayant une pertinence particulière pour les décideurs. Les analyses rapides comportent une méthodologie distincte et claire, mais se concentrent sur les principales conclusions de la documentation, y compris celles des analyses systématiques pertinentes pour la question stratégique. L'analyse s'est concentrée sur des analyses narratives, systématiques et sur des méta-analyses publiées entre janvier 2014 et la date de recherche du 22 juillet 2024. La recherche a été effectuée en utilisant MEDLINE et Criminal Justice Abstracts afin d'assurer une recherche exhaustive de la documentation médicale et sur la justice pénale. La recherche documentaire a été effectuée en utilisant une syntaxe et des termes de recherche spécifiques aux bases de données en relation avec les troubles cognitifs et la population impliquée dans le système de justice pénale.

La recherche initiale a révélé un total de 1 116 articles; une fois les 248 doublons supprimés, il ne restait que 848 articles. À la suite de l'examen des titres et des résumés, 136 textes complets ont été évalués pour en déterminer leur admissibilité. Après examen des textes complets, 99 études ne répondaient pas aux critères d'inclusion; il est donc resté 37 articles. La littérature grise a été récupérée à partir des sites Web des gouvernements et des organisations non gouvernementales déterminés au moyen de termes de recherche prédéfinis dans Google et Google Scholar.

Les études ont été incluses si elles répondaient à tous les critères suivants :

1. Revue ou méta-analyse évaluée par des pairs, publiée en anglais, ou toute étude primaire provenant du Canada entre 2014 et juillet 2024.
2. L'étude a examiné les troubles cognitifs, y compris le trouble du développement intellectuel (TDI), les lésions cérébrales traumatiques (LCT), le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les troubles du spectre autistique (TSA).
3. L'objectif de l'étude était d'examiner (a) la prévalence et les besoins, (b) le dépistage et l'évaluation, (c) les interventions et les répercussions dans les milieux correctionnels pour les personnes touchées par des troubles cognitifs.

La recherche incluait des études publiées en anglais dans toutes les régions géographiques.

Synthèse des données : Une synthèse narrative des résultats, des principales conclusions et des limites de la documentation publiée a été réalisée et présentée dans les résultats ci-dessous. Nous incluons des commentaires sur les lacunes dans la documentation, des recommandations de pratiques exemplaires et des orientations futures pour ce domaine.

Nous organiserons la réaction du service correctionnel dans des rubriques dérivées du modèle STAIR de prestation de services de santé dans les établissements correctionnels (Forrester et coll., 2018; Simpson et coll., 2022). Ce modèle définit les principales composantes de service, qui doivent être fournies pour chaque trouble (dépistage, triage, évaluation, intervention, réinsertion), les points communs entre les troubles étant un élément central. Il permet un cadre pour mesurer les niveaux de service et les taux

d'accès, qui peuvent être comparés à des points de repère pour les besoins dérivés du point de vue épidémiologique. Nous utilisons ces titres pour organiser la documentation en rapport avec chaque trouble ainsi que pour le regroupement plus large des troubles cognitifs.

3. RÉSULTATS

Nous décrirons d'abord certains des défis pertinents à tous les troubles cognitifs, suivis d'une description de chaque trouble cognitif individuel et des problèmes particuliers auxquels sont confrontées les personnes incarcérées atteintes de ces troubles. Ces groupes de diagnostic sont le TDI, le SAF, le TSA, les LCT et le TDAH. Pour chaque groupe majeur, nous aborderons la définition, la prévalence et les besoins correctionnels, les réponses de dépistage et d'évaluation, ainsi que les interventions fondées sur des données probantes et les programmes offerts en milieu carcéral. Étant donné que de nombreux problèmes se chevauchent entre ces groupes, et qu'il existe en effet une comorbidité considérable parmi ces troubles, nous incluons une section finale qui se penche sur un examen plus intégré des besoins et des réponses fondées sur des données probantes. Les recommandations suivront à la section 4. Comme les taux de prévalence rapportés varient selon les différentes études et contextes, et qu'il y a eu plusieurs analyses sur ce sujet, nous avons résumé ces renseignements par groupe de diagnostic dans les tableaux de l'annexe 1.

3.1 TROUBLES COGNITIFS EN GÉNÉRAL

Un trouble cognitif est un état mental, qui affecte les fonctions cognitives d'une personne, y compris l'apprentissage, la mémoire, la perception, l'attention, la résolution de problèmes, le langage et les fonctions exécutives. Ces troubles peuvent nuire considérablement à la capacité d'une personne à réfléchir, à raisonner ou à se souvenir, ce qui affecte souvent le fonctionnement quotidien et la qualité de vie. Les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent éprouver des pertes de mémoire, des problèmes d'attention et de concentration, ainsi que des troubles de langage ou de capacités perceptuelles, comme la compréhension des relations spatiales ou l'expression verbale. Les fonctions exécutives, qui regroupent des compétences telles que la planification, l'organisation et la prise de décision, peuvent également être compromises. Les troubles cognitifs comprennent la déficience intellectuelle, le syndrome d'alcoolisation fœtale, le trouble du spectre de l'autisme et les lésions cérébrales traumatiques.

Une étude canadienne sur des hommes admis en détention menée au moyen de Cognistat (une mesure générale de la dysfonction cognitive) a révélé que 25 % des 527 nouveaux détenus sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique présentaient un certain niveau de déficit cognitif, dont 15 % avaient des déficits plus graves (Stewart et coll., 2016).

Risques spécifiques aux troubles cognitifs dans le système de justice pénale

Bien que la plupart des personnes atteintes de ces troubles ne soient jamais impliquées dans le système de justice pénale, certaines le deviennent (Herrington, 2009; Jones, 2007) en raison de certaines manifestations comportementales de leurs états, de parcours de risque et de développement qui se chevauchent, et parfois de personnalité antisociale comorbide. Bien que des programmes de diversion aient été mis en œuvre dans diverses juridictions, ils doivent souvent composer avec une résistance politique (Hellenbach et coll., 2017) et de nombreuses personnes ayant un trouble cognitif purgent des peines d'emprisonnement pendant lesquelles elles doivent composer avec des dangers, notamment la

victimisation, tout au long de leur parcours dans le système de justice pénale.

Processus initial de détention et obstacles à la communication.

Certaines personnes peuvent ne pas avoir reçu de diagnostic de trouble cognitif avant leur contact avec le système de justice pénale ni avoir reçu de diagnostic pendant les procédures judiciaires, ce qui fait qu'il est possible que leurs besoins n'aient pas été évalués avant leur admission en détention (Søndenaa et coll., 2008). De plus, les personnes présentant un trouble cognitif sont plus susceptibles d'avoir des contacts avec le système de justice pénale à un âge plus jeune (Mela et coll., 2022). Le manque d'identification et d'évaluation appropriées peut retarder le traitement nécessaire, augmentant le risque d'adversité (Helveschou et coll., 2018; Popova et coll., 2019). Des déficits neuropsychologiques peuvent être associés à leurs états, comme le jugement altéré, l'impulsivité et l'incapacité à anticiper les résultats (Mela et coll., 2022). Au cours des procédures judiciaires, les personnes peuvent ne pas comprendre ce qui leur arrive, car les renseignements fournis aux détenus concernant leurs droits et leurs privilèges sont souvent longs, confus et ponctués de jargon (Huyn, 2014; Parsons et Sherwood, 2016); ainsi, que les personnes visées ont de la difficulté à naviguer dans les processus juridiques (de Geus et coll., 2021; Hunter et coll., 2023).

Victimisation et automutilation.

Les délinquants ayant une déficience intellectuelle sont à un risque accru de suicide en prison (Fazel et coll., 2008). Les déficits, y compris les difficultés à interpréter les émotions, la communication non verbale, les interactions sociales, la coordination motrice et une tendance à parler sans tenir compte des conséquences sociales, peuvent entraîner un risque accru de victimisation en prison, ce qui peut également contribuer à leurs taux accrus d'automutilation. Comme il est indiqué, la victimisation et l'exploitation représentent un important risque pour les personnes en détention ayant une déficience intellectuelle. De nombreux facteurs observés comme prédisposant à la victimisation peuvent être modifiés au moyen d'approches correctionnelles réfléchies, qui visent à réduire globalement la victimisation en détention et particulièrement pour les personnes présentant un trouble cognitif. Les recommandations découlant des travaux de Loberg (2009) et de Fisher et coll. (2012) incluent une sensibilité positive aux rapports de victimisation avec une enquête approfondie, le fait de favoriser un environnement d'intervention précoce pour prévenir les incidents et encourager le signalement des menaces de moindre niveau, la séparation de personnes ayant des antécédents de victimisation de celles qui ont des antécédents de perpétration, y compris l'isolement protecteur.

Difficultés d'interaction sociale entre le personnel correctionnel et les détenus.

Le trouble cognitif peut entraîner des difficultés à suivre des règles et des directives et à s'en souvenir, de l'impulsivité, des comportements sexuels et sociaux difficiles, des problèmes de communication, de la fatigue et des difficultés dans la régulation de l'humeur. Ces difficultés peuvent toutes mener à des désavantages dans les milieux carcéraux, car elles peuvent faire des particuliers des cibles pour la violence ou être interprétées à tort par le personnel comme un non-respect intentionnel, ce qui entraîne des mesures punitives (Helveschou et coll., 2018; Esan et coll., 2015; de Geus et coll., 2021; Hunter et coll., 2023). Ils peuvent être plus influençables et avoir de la difficulté à comprendre le point de vue des autres, ce qui entraîne des interprétations erronées des signaux sociaux, de la confusion face aux réactions négatives à leur comportement et des réactions potentiellement agressives (Helveschou et coll., 2018; Esan et coll., 2015). Certaines personnes ayant un trouble cognitif peuvent avoir une interprétation littérale du langage et manquer de sens social, ce qui peut causer des malentendus et

accroître la vulnérabilité au sein des milieux correctionnels (Helveschou et coll., 2018). Cela peut expliquer en partie les taux de récidive plus élevés chez cette population, perpétuant un cycle d'incarcération (Mackay, 2015). Au Canada, il est contraire aux directives du commissaire de loger des détenus dans un milieu à sécurité plus élevé en fonction de leur statut de TDI (Wheatly, 2018).

Risques comportementaux et malentendus

Brown et coll. (2015) décrivent comment les personnes ayant un trouble cognitif ont souvent de la difficulté à respecter les routines en milieu carcéral, ce qui peut être mal interprété par le personnel correctionnel comme de la paresse ou de la désobéissance volontaire. L'incapacité à retarder la gratification, les lapsus dans le contrôle émotionnel et une propension à l'impulsivité contribuent davantage aux difficultés à se conformer aux règlements de l'établissement, entraînant des infractions fréquentes et des interactions négatives tant avec les détenus qu'avec le personnel (Brown et coll., 2015; Mela et coll., 2022). En raison de difficultés avec l'imagination sociale, la souplesse de la réflexion et une tendance à des comportements répétitifs, les détenus ayant un TSA pourraient ne pas apprendre de leurs expériences passées, augmentant ainsi leur risque de répéter des comportements problématiques ou d'être victimisés. Le manque d'éducation sexuelle adaptée au développement peut conduire à des comportements sexuels inappropriés, non pas nécessairement en raison d'un manque d'empathie, mais en raison de difficultés à reconnaître les signaux sociaux et les limites (McCarthy et coll., 2019; Newman et coll., 2015).

Défis relatifs à la réadaptation

Pendant l'incarcération, les particuliers ayant un trouble cognitif sont en concurrence pour des ressources limitées avec d'autres groupes ayant des besoins spécialisés. Cette situation peut entraîner leur placement à un niveau de sécurité inutilement élevé, ce qui entraîne une augmentation de l'isolement social et un accès réduit aux programmes de réadaptation (Glaser et Deane, 1999; Søndena et coll., 2008; Talbot, 2010; Adlard, 2011). Les personnes en détention éprouvent souvent des difficultés avec la réadaptation et la transition vers la communauté en raison de leurs besoins et de leurs déficits uniques (Parsons et Sherwood, 2016; Allely, 2016; Helveschou et coll., 2018). Le respect des conditions et des règles de libération conditionnelle peut nuire à la réinsertion sociale, entraînant souvent un cercle vicieux de récidive en raison de la violation des conditions de libération conditionnelle (de Geus et coll., 2021; Hunter et coll., 2023).

Comorbidités

Les personnes ayant un trouble cognitif ont souvent des problèmes de santé physique et mentale comorbides (Hellenbach et coll., 2017) et ont de la difficulté à gérer leurs maladies. Ces besoins et risques signifient que les services de santé en milieu carcéral, les services de santé spécialisés en TDI et les services de santé généraux doivent veiller à ce que les besoins en santé et en services sociaux des personnes ayant un trouble cognitif soient dépistés et gérés de manière appropriée et que ces personnes aient accès à des thérapies et à des traitements efficaces (Robertson et coll., 2011, Wheatley, 2018).

Dans l'ensemble, les risques pour ces particuliers dans les établissements correctionnels décrits ci-dessus sont profondément interconnectés et se renforcent souvent mutuellement, entraînant un cycle de vulnérabilité et de récidive.

3.2 TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT INTELLECTUEL (TDI)

Les troubles du développement intellectuel (TDI) se caractérisent par des limitations importantes tant dans le fonctionnement intellectuel que dans le comportement adaptatif, qui apparaissent pendant la période de développement, généralement au cours de la petite enfance (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, s.d.). Le TDI est défini de différentes manières par différents organismes, mais il se caractérise par un fonctionnement intellectuel général réduit, représenté par un QI bien inférieur à la moyenne (habituellement un QI inférieur à 70, une exigence qui a été quelque peu assouplie dans le DSM-5-TR et la CIM-11), ainsi que par un fonctionnement conceptuel, social et pratique diminué (OMS, 2019). Le TDI est une catégorie de troubles qui n'est pas spécifique à l'étiologie, c'est-à-dire qu'il reflète des résultats phénotypiques plutôt que des processus de développement sous-jacents et, par conséquent, il chevauche quelque peu d'autres catégories discutées ici (p. ex. une personne peut satisfaire aux critères du TSA et du TDI étant donné que les processus liés à l'autisme ont limité le fonctionnement intellectuel depuis l'enfance à un degré cliniquement significatif, ou peut satisfaire aux critères du TSA sans le TDI, ou peut satisfaire aux critères du TDI en raison d'un autre facteur, comme le syndrome de Down).

Prévalence et besoins

La Cour européenne des droits de l'homme a reconnu que les personnes ayant un TDI sont « un groupe particulièrement vulnérable de la société » qui subit de multiples vulnérabilités au sein du système pénal (Gulati et coll., 2020). En 2008, une analyse documentaire réalisée par Fazel et coll. (2008) de 1966 à 2004, a rapporté la prévalence du TDI chez les personnes incarcérées entre 0,5 et 1,5 % (plage de 0 % à 2,8 %); toutes les études examinées ont utilisé les critères diagnostiques de la Classification internationale des maladies (CIM) ou de l'American Association of Mental Retardation (AAMR). Des analyses plus récentes ont révélé des taux plus élevés que les auteurs attribuent à une meilleure identification du TDI, mais aussi à des taux plus élevés de criminalisation de cette population (Hellenbach et coll., 2017; Garcia-Largo et coll., 2020).

Hellenbach et coll. (2017) ont examiné les données probantes de la prévalence du TDI de 2004 à 2014, et ont cerné quatre études (provenant du Royaume-Uni, d'Israël, de Norvège et d'Australie) portant sur des personnes condamnées, impliquant un total de 4 653 personnes. Les auteurs n'ont inclus que des articles où des tests validés ont été utilisés, et ils ont constaté que les taux de prévalence variaient considérablement, allant de 4 % à 69,6 % selon les études. Plus récemment, Garcia-Largo et coll. (2020) ont analysé la documentation sur les taux de prévalence chez les prisonniers masculins jusqu'en 2018 et, contrairement à Hellenbach et coll. (2017), ils n'ont pas limité la recherche aux pays où la common law

est appliquée. Cette analyse était composée de plus de 15 000 personnes incarcérées et a rapporté des taux de prévalence également hétérogènes allant de 1 % à 69,6 %, cette vaste plage reflétant une méthodologie médiocre dans certaines études. Toutefois, la plupart des études ont rapporté un taux de 0,5 % à 1,5 %, en accord avec Fazel et coll. (2008); y compris Holland et Persson (2011), qui ont interrogé 7 000 personnes incarcérées, chez qui le taux de prévalence de celles ayant un TDI était de 1,3 % (Garcia-Largo et coll., 2020)

Les auteurs de ces analyses indiquent qu'une importante limitation dans la comparaison de la prévalence entre les juridictions est la différence dans les méthodes de test et de dépistage utilisées pour déterminer le TDI (Hellenbach et coll., 2017; Garcia-Largo et coll., 2020). Pour améliorer la comparabilité des taux de prévalence entre les juridictions, les auteurs de l'analyse recommandent d'utiliser la Classification internationale des maladies (CIM-11) pour définir le TDI dans toutes les études futures (Hellenbach et coll., 2017). En résumé, la prévalence fondée sur des critères diagnostiques officiels est probablement entre 0,5 et 1,5 % des personnes incarcérées (plage de 0 % à 2,8 %; Fazel et coll., 2008), mais des taux plus élevés sont observés en utilisant d'autres instruments de dépistage, qui sont susceptibles de détecter d'autres formes de troubles cognitifs.

Sous-populations. Les Autochtones sont surreprésentés dans les populations carcérales. En 2018, les aborigènes ou insulaires du détroit de Torres représentaient 2 % de la population australienne, mais 28 % de la population carcérale totale en Australie (Bureau de la statistique de l'Australie, 2018). De même, au Canada, bien qu'ils ne représentent que 4 % de la population adulte générale, les adultes autochtones ont constitué 33 % des admissions en détention dans un établissement fédéral en 2022-2023. Plus précisément, les femmes autochtones représentaient 49 % des admissions de femmes, tandis que les hommes autochtones représentaient 32 % des admissions d'hommes (Statistique Canada, 2022; ministère de la Justice, 2024). Toutefois, les outils utilisés pour diagnostiquer les troubles cognitifs chez ces groupes peuvent être biaisés par des considérations d'ordre culturel et des facteurs historiques, comme un accès inégal à l'éducation. Les études de prévalence précédentes n'ont pas été désagrégées par rapport à l'indigénité. On ne peut pas supposer que les taux de troubles cognitifs trouvés dans ces analyses revues à grande échelle sont typiques de toutes les sous-populations. De même, une seule des études a réalisé des analyses spécifiques au genre et a constaté que les prisonniers ayant des déficiences intellectuelles étaient plus susceptibles d'être des femmes et de moins de 30 ans (Hassiotis et coll., 2011).

Dépistage et évaluation

La grande variabilité des taux de prévalence déclarés de TDI souligne l'importance d'utiliser des outils de dépistage et d'évaluation du TDI validés, qui conviennent aux milieux correctionnels (Hassiotis et coll., 2011; Dias et coll., 2013; Garcia-Largo et coll., 2020). Comme c'est le cas pour le dépistage de toute maladie, le dépistage ne devrait être utilisé que s'il mène à une évaluation significative et à des interventions thérapeutiques ou à des adaptations de service. Le dépistage précis est la première étape vers la prestation de soins et d'interventions adaptés aux personnes incarcérées ayant un TDI. Des études récentes rapportent la faisabilité du dépistage de troubles de déficiences intellectuelles (Board et coll., 2015). Un dépistage initial potentiel pourrait être celui qui évalue la capacité de lecture, bien que ce dépistage devrait être suivi de tests supplémentaires pour limiter le surdiagnostic, car des facteurs tels que la privation sociale, le statut d'anglais langue seconde et les antécédents de troubles de lecture affectent également les taux de littératie.

Une préoccupation majeure est la dépendance à l'égard du personnel, qui n'a pas de formation clinique pour effectuer le dépistage à l'admission. Au Canada, les directives dans les prisons fédérales stipulent qu'un psychologue évalue tous ceux qui ont été sélectionnés comme ayant potentiellement un TDI

(Wheatley, 2018). Bien que d'autres approches puissent être pratiques dans un environnement où les ressources sont limitées, cela peut entraîner des erreurs dans l'administration, une sous-déclaration et une interprétation erronée en raison d'une formation insuffisante. De plus, les incohérences dans les notes de passage entre différentes études et outils compliquent davantage la détermination de déficiences intellectuelles, en particulier pour ceux ayant un fonctionnement intellectuel limite.

Interventions fondées sur des données probantes dans les services correctionnels

Les programmes de réadaptation traditionnels peuvent être moins efficaces pour les personnes présentant ce trouble, qui nécessitent des approches de traitement spécialisées. Ces services de réadaptation visant à augmenter le fonctionnement adaptatif des détenus sont nécessaires pour développer des compétences de vie et la réinsertion sociale (Catalano et coll., 2020b). Bien que les milieux carcéraux soient conçus pour les populations générales, les personnes ayant un TDI bénéficieraient d'aménagements tels que des matériaux simplifiés sur le plan linguistique, des ajustements sensoriels (p. ex. des espaces plus calmes) et des ajustements au niveau de la communication (Sutherland, 2023). Des programmes de thérapie comportementale modifiés sont nécessaires pour permettre aux personnes détenues présentant des déficiences cognitives de comprendre et de bénéficier des interventions thérapeutiques, y compris des traitements visant la consommation de drogues et les problèmes de santé mentale (Sutherland, 2023).

Les programmes de thérapie cognitivo-comportementale peuvent réduire la récidive, aider à gérer les émotions et les comportements chez les personnes ayant des déficiences intellectuelles (Catalano et coll., 2020b). Une étude canadienne a évalué l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale et de programmes correctionnels spécialisés afin de cibler le contrôle des impulsions et d'augmenter la planification et l'élaboration de stratégies chez les personnes incarcérées présentant des déficits cognitifs et de fonctions exécutives. Les personnes incarcérées ayant des troubles cognitifs ont terminé des programmes correctionnels à un taux similaire à celui de celles qui n'en ont pas, démontrant que des accommodements appropriés au niveau des programmes peuvent soutenir efficacement ces personnes. Il est important de remarquer que, lorsqu'un bon soutien était fourni, il n'y avait pas de différences importantes dans les taux de récidive entre les personnes ayant des troubles cognitifs et celles qui n'en ont pas (Stewart et coll., 2016). De tels ajustements aux programmes de réduction de la récidive sont en accord avec l'aspect de réactivité spécifique du modèle fondé sur le risque, les besoins et la réceptivité (Andrews et Bonta, 2006), qui stipule que ces interventions doivent être adaptées de manière à tenir compte des besoins individuels, y compris de la capacité cognitive, dans l'administration des interventions afin d'avoir un impact maximal. Cette approche est également conforme aux directives des prisons fédérales canadiennes (Wheatley, 2018), qui stipulent que les personnes incarcérées ayant un TDI doivent recevoir un programme adapté, mais ne précisent aucune pratique exemplaire sur la manière de procéder.

3.3 SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) fait référence à une gamme de symptômes et d'incapacités, qui résultent d'une exposition prénatale à l'alcool. Ces problèmes peuvent varier en forme et en gravité et inclure des symptômes physiques (comme des traits faciaux distinctifs, des déficiences de croissance) et des déficiences cognitives (comme une fonction intellectuelle limitée, des troubles d'apprentissage, y compris une altération de la mémoire et de l'attention).

Prévalence et besoins

Prévalence mondiale et estimations de la population générale. La prévalence du SAF dans la population générale varie considérablement d'une population à l'autre. L'estimation mondiale est d'environ 7,7

pour 1 000 naissances vivantes (Lange et coll., 2017). Au Canada, les estimations varient de 4 % à 5 % des naissances vivantes (Flannigan et coll., 2018a; Flannigan et coll., 2018b; May et coll., 2018), tandis qu'aux États-Unis, ce taux est de 5 % (May et coll., 2018), bien qu'il soit probablement une surestimation importante compte tenu du manque d'utilisation d'outils de diagnostic solides.

Prévalence chez les populations correctionnelles. Les populations correctionnelles présentent une prévalence nettement plus élevée du syndrome d'alcoolisation fœtale. Dans les établissements correctionnels australiens, en particulier chez les jeunes autochtones, la prévalence atteint 36 %, ce qui rend les jeunes atteints du SAF 19 fois plus susceptibles d'être incarcérés que ceux qui ne le sont pas (Popova et coll., 2011). Au Canada, la prévalence du SAF dans les établissements correctionnels varie considérablement en fonction de la méthode d'évaluation utilisée, allant de 1,8 % (par une approche d'identification de cas dynamiques) à 23 % (par des méthodes fondées sur des cliniques), avec une prévalence globale de 14,7 % chez les adultes en détention (Popova et coll., 2019). Aux États-Unis, la prévalence du SAF chez les personnes incarcérées est estimée entre 10 % et 24 % (Fast et coll., 1999; MacPherson et Chudly, 2007), les particuliers ayant un SAF étant 19 fois plus susceptibles d'être incarcérés (Popova et coll., 2011). Les comorbidités empêchent également un risque accru de récidive pour ce groupe. Chez les conditions comorbides les plus répandues figurent le trouble des conduites, les troubles du langage réceptif et expressif, ainsi que l'otite moyenne séreuse chronique, avec des taux de prévalence variant de 50 % à 91 % (Popova et coll., 2016).

Ces résultats soulignent la variation substantielle des taux de prévalence du SAF dans différentes sous-populations, mettant en évidence le risque accru dans les milieux correctionnels et judiciaires. La variation des méthodes et des sous-populations souligne la nécessité de critères diagnostiques plus cohérents et de recherches supplémentaires.

Outils de dépistage et d'évaluation du SAF

Outils de dépistage. Popova et coll. (2019) a déterminé l'utilisation de l'outil de dépistage développé par Burd et coll. (1999) mais il n'a pas été largement utilisé. La liste de contrôle du SAF et le formulaire de dépistage et de référence pour les agents de probation du Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome sont davantage axés sur l'identification du SAF dans les milieux correctionnels (Popova et coll., 2015; Popova et al., 2011) et sont plus largement utilisés. L'examen de Brown et coll. (2015) n'a pas précisé d'outil de dépistage unique pour le syndrome d'alcoolisation fœtale dans les établissements correctionnels, mais s'est plutôt appuyé sur des évaluations psychologiques complètes.

Outils d'évaluation. Les outils d'évaluation utilisés dans la documentation sur le SAF varient également, reflétant souvent la population et le contexte étudiés. La méta-analyse réalisée par Popova et coll. (2019) comprenait divers outils visant différents cadres diagnostiques, tels que les critères de l'IOM (Stratton et coll., 1996), le code diagnostique à chiffres (Astley et Clarren, 1999) et les lignes directrices de diagnostic des Centers for Disease Control (Bertrand et coll., 2004). Ces outils offrent des approches structurées pour le diagnostic, mais ne sont pas appliqués de manière universelle, ce qui cause des incohérences entre les études. Dans une autre étude, les évaluations étaient plus contextuelles et comprenaient des évaluations en milieu hospitalier, des enquêtes et des entrevues (Popova et coll., 2015). Dans leur analyse, Mela et ses collègues (2022) ont adopté une approche globale, incluant des évaluations psychologiques (p. ex. en utilisant le WAIS-IV), des examens physiques axés sur les caractéristiques faciales sentinelles du SAF, et des examens approfondis des dossiers médicaux, éducatifs et criminels, complétés par des entrevues avec les patients et leurs familles.

Défis et recommandations. La variabilité des outils entre les études met en évidence les défis liés au dépistage et au diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale. Le manque d'outils de dépistage

uniformisés et largement acceptés complique la détermination précise des cas de syndrome d'alcoolisation fœtale, en particulier dans les milieux judiciaires et correctionnels où les particuliers peuvent présenter des problèmes complexes qui se chevauchent. Bien que des outils, comme la liste de contrôle du SAF et le formulaire de dépistage et de référence pour les agents de probation du Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome, soient des étapes vers un dépistage plus fiable au sein du système correctionnel, ils ne sont pas adoptés universellement.

Modèles de traitement idéaux et interventions fondées sur des données probantes en milieu correctionnel

Il existe des stratégies prometteuses qui ont été développées et qui méritent d'être prises en considération à l'échelle du système correctionnel. La formation du personnel correctionnel est une stratégie d'intervention essentielle. Les fournisseurs de services, y compris les agents correctionnels, les psychologues et le personnel de probation, doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour déterminer les personnes atteintes de SAF et les soutenir (Brown et coll., 2015). Les programmes de formation axés sur la sensibilisation au SAF, la détermination et les techniques d'intervention garantissent que le personnel peut offrir des soins appropriés, améliorant ainsi la gestion des comportements liés au SAF et réduisant la probabilité de récidive. L'approche d'intervention D.E.A.R. (Language, Engage Support System, Accommodate Needs, Remain Calm; Brown et coll., 2015), développée spécifiquement pour les milieux correctionnels, illustre comment des stratégies de communication structurées peuvent améliorer les interactions avec les personnes touchées par le syndrome d'alcoolisation fœtale. Cette méthode aide les agents correctionnels à utiliser un langage clair et direct, à mobiliser des systèmes de soutien et à répondre aux besoins des personnes atteintes de SAF, favorisant des résultats plus positifs.

3.4 TROUBLES DU SPECTRE de l'AUTISTE (TSA)

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont un trouble neurodéveloppemental, qui affecte la façon dont les particuliers interagissent, communiquent, apprennent et se comportent avec les autres. Le terme « spectre » fait référence à la grande variation des symptômes et des niveaux d'incapacité dont sont atteintes les personnes ayant un TSA. Cela englobait des personnes précédemment appelées « autistes » et ayant le « syndrome d'Asperger ». Son apparition se produit dans l'enfance, mais peut ne pas être diagnostiquée avant l'âge adulte.

Prévalence et besoins du TSA

Prévalence mondiale et estimations de la population générale. Pour des raisons inconnues, la prévalence mondiale du TSA a considérablement augmenté, estimée entre 1 et 1,5 % (Pérez-Crespo et coll., 2019), avec un ratio hommes-femmes de 4,5 à 1 (Maenner, 2020).

Prévalence dans les populations correctionnelles. Les particuliers ayant un TSA sont détenus dans des établissements correctionnels à des taux plus élevés que la population générale, avec des estimations de prévalence variant de 2 % à 17 % selon diverses études (Anckarsäter et coll., 2008; Billstedt et coll., 2017; Hofvander et coll., 2019; Lindsay et coll., 2014; Ståhlberg et coll., 2010; Sullivan et coll., 2017; Underwood et coll., 2016). Ceux qui ont un TSA plus fonctionnel et qui sont détenus dans un établissement pour adultes peuvent dissimuler d'importants problèmes sociaux et de communication. Il est difficile de déterminer avec précision la prévalence du TSA dans les prisons en raison de la variabilité des critères de diagnostic et des méthodologies d'étude. Certaines études laissent entendre que les traits du TSA sont nettement plus élevés chez les détenus que dans la population générale, avec des estimations entre 4 % et 18 %, ce qui indique un potentiel sous-diagnostic dans les milieux carcéraux en raison de limites de ressources (Peraire et coll., 2023).

Prévalence dans la comorbidité. La comorbidité est élevée chez les personnes atteintes de TSA, dont les états courants comprenant des troubles de toxicomanie (39,8 %), des troubles du spectre de la schizophrénie (31,7 %) et d'autres troubles neurodéveloppementaux (24,1 %; Van Buitenen et coll., 2021). Comparativement aux détenus neurotypiques, ceux atteints d'un TSA présentent des taux de comorbidité plus élevés avec des maladies psychotiques, mais des niveaux plus faibles de violence physique et de comportements sexuels problématiques. Les traits autistiques, en particulier dans la communication et l'imagination, sont plus fréquents chez les personnes incarcérées dans des unités à sécurité élevée.

Risques et besoins spécifiques aux TSA dans les établissements correctionnels

Défis sensoriels dans les milieux de détention. La nature complexe et imprévisible de l'environnement de détention présente des défis uniques pour les personnes atteintes de TSA, tels que d'importants troubles sensoriels et une quantité écrasante de communication (Parsons et Sherwood, 2016; Holloway et coll., 2020). Les stimuli sensoriels écrasants dans ces milieux peuvent être éprouvants, et entraîner des comportements tels que l'agression ou le retrait. Le développement d'unités spécialisées adaptées aux besoins sensoriels des personnes autistes pourrait aider à atténuer les taux élevés de victimisation auxquels elles sont confrontées pendant leur incarcération.

Structure par rapport à défis. Les expériences des personnes incarcérées ayant un TSA varient, bien que la plupart soient négatives. Certains détenus ayant un TSA apprécient la structure rigide et les routines de la prison, ainsi que les interactions avec d'autres personnes incarcérées (Helverschou et coll., 2018). Toutefois, d'autres études ont rapporté que les personnes détenues ayant un TSA recherchent souvent la confidentialité, font face à la victimisation de la part de leurs codétenus et sont plus susceptibles de s'automutiler (Esan et coll., 2015; McCarthy et coll., 2019; Newman et coll., 2015). Les personnes incarcérées atteintes d'un TSA pourraient ne pas apprendre de leurs expériences passées, augmentant ainsi leur risque de répéter des comportements problématiques ou d'être victimes (McCarthy et coll., 2019; Newman et coll., 2015).

Outils de dépistage et d'évaluation

Aucun outil de dépistage ou d'évaluation standardisé et routinier n'est disponible pour aucun stade du processus de justice pénale en vue de déterminer la présence et l'étendue du TSA.

Outils de dépistage. Plusieurs outils de dépistage ont été validés pour les adultes atteints de TSA dans des échantillons communautaires, tels que l'Échelle de diagnostic de l'autisme et de l'Asperger de Ritvo (RAADS)-14, un questionnaire de 14 points avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 46 à 64 % dans des échantillons communautaires (Holloway et coll., 2020). Toutefois, ces outils n'ont pas été validés auprès des populations correctionnelles.

Le quotient d'autisme (QA) est un autre instrument bien validé qui mesure les expériences auto-déclarées dans cinq domaines couramment associés au TSA : compétences sociales, communication, imagination, attention aux détails et changement d'attention (Robertson et McGillivray, 2015; McCarthy et coll., 2015). Toutefois, ce n'est pas une mesure diagnostique et il existe des preuves limitées concernant la sensibilité et la spécificité dans les établissements correctionnels.

Outils d'évaluation. Les batteries d'évaluation standard devraient inclure un dépistage des TSA pour aborder ce problème. Bien que les évaluations cognitives et de personnalité puissent offrir un certain aperçu d'un diagnostic potentiel de TSA, elles ne répondent souvent pas aux besoins neurodivergents spécifiques des personnes atteintes de TSA, en particulier en l'absence de déficiences intellectuelles comorbides.

En Angleterre et au pays de Galles, des intermédiaires et des adultes appropriés aident à surmonter les obstacles à la communication au moment des interrogatoires policiers et de la détention, offrant des stratégies adaptées aux professionnels du système de justice pénale pour recueillir des données probantes précises auprès des personnes ayant un TSA (Parsons et Sherwood, 2016).

Des outils spécialisés sont nécessaires pour évaluer les risques associés au TSA, car les évaluations actuelles sont inadéquates pour prédire les comportements violents chez cette population (Holloway et coll., 2020). Lors de l'évaluation des risques de violence sexuelle, les analyses fonctionnelles devraient déterminer l'influence des symptômes du TSA sur les infractions, aidant à éviter les hypothèses selon lesquelles le TSA est directement lié à l'infraction sexuelle. Cette approche conduit à des évaluations des risques plus précises et à des stratégies de réduction de la récidive personnalisées (Allison et coll., 2012; Baron-Cohen et coll., 2001; Wouters et Spek, 2011).

De plus, une formation ciblée pour le personnel pénitentiaire et d'autres agents judiciaires est essentielle, ainsi que le développement d'interventions sur mesure pour prévenir les infractions. Les institutions devraient également promouvoir l'inclusivité et garantir la continuité des soins après la mise en liberté (Holloway et coll., 2020).

Modèles de traitement idéaux et interventions fondées sur des données probantes en milieu correctionnel

Étant donné l'hétérogénéité dans le parcours et la présentation des TSA, une approche de formulation de cas individualisée pour informer les déterminations dispositionnelles pourrait favoriser les pratiques exemplaires pour la prise de décision au sein du système de justice pénale (Barkham et coll., 2013). Bien que cette approche semble appropriée, aucun résultat de cette pratique n'a été rapporté. Le placement dans des établissements correctionnels spécifiques peut être important. Il est nécessaire d'offrir une formation universelle sur les TSA aux professionnels du système de justice pénale et d'élaborer des normes pour soutenir les personnes atteintes de TSA pendant l'incarcération et la réinsertion sociale.

Actuellement, il n'existe pas de normes de traitement spécifiques pour l'autisme dans les établissements correctionnels; au lieu de cela, l'accent devrait être mis sur des thérapies éducatives basées sur les compétences afin d'améliorer les compétences sociales et réduire la récidive. Les traitements pharmacologiques peuvent aider à gérer certains symptômes comportementaux, mais davantage de recherches et de programmes adaptés sont nécessaires pour soutenir les personnes autistes au sein du système de justice pénale.

3.5 LÉSION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE (LCT)

La lésion cérébrale traumatique (LCT) désigne tout dommage au cerveau causé par une force externe, et comprend les commotions cérébrales et les traumatismes ouverts et fermés de la tête. La LCT a un large éventail de gravité, de chronicité et d'incidences sur le fonctionnement, qui peuvent être focalisés ou généralisés. Ceci peut inclure des incidences sur n'importe quel aspect de la cognition, tel qu'il est décrit ci-dessus.

Prévalence de la LCT

Prévalence mondiale et estimations de la population générale. La prévalence mondiale de la LCT révèle un fardeau important au sein des populations, de même que des disparités notables au sein de sous-populations spécifiques. Parmi la population générale, les estimations suggèrent une prévalence de LCT d'environ 12 % (de Geus et coll., 2021; McGinley et McMillan, 2019). Toutefois, ce chiffre augmente considérablement dans des groupes démographiques spécifiques, tels que les hommes âgés de 18 à 25 ans, qui sont à risque plus élevé en raison de comportements à risque, et les hommes de plus de

70 ans, qui sont plus vulnérables aux chutes (de Geus et coll., 2021).

Prévalence dans les populations correctionnelles. Dans les établissements correctionnels, les estimations de prévalence varient considérablement de 5,5 % à 92,5 % (Hunter et coll., 2023). Cette variation reflète une diversité de populations et de méthodes d'identification utilisées; celles-ci peuvent inclure des auto-évaluations simples, des examens de dossiers et diverses définitions de LCT, y compris tout antécédent de LCT ou une LCT avec des déficits persistants. Une récente méta-analyse, réalisée par Hunter et coll. (2023) et qui a porté sur 64 études auxquelles plus de 52 000 personnes ont participé, a révélé que 45,8 % (intervalle de confiance (IC) de 95 % 37,8 – 54,1) des personnes dans le système de justice pénale ont subi une LCT, et que 32 % (IC 95 % 25,0 – 39,8) étaient atteintes de lésions allant de modérées à graves. D'autres études rapportent des résultats similaires, alors que de Geus et coll. (2021) ont estimé que 50 % des personnes incarcérées ont subi des lésions cérébrales, y compris une LCT, par rapport à seulement 12 % de la population générale. La variation des taux de prévalence peut être attribuée à des différences dans les méthodes d'évaluation et les définitions, mais la constatation constante est que les populations incarcérées sont touchées de manière disproportionnée par la LCT.

En général, les études utilisant des outils de dépistage nécessitant une autodéclaration produisent des estimations plus élevées, tandis que celles utilisant la révision des dossiers produisent des estimations beaucoup plus faibles; cela peut refléter un échec à évaluer et à documenter régulièrement la LCT.

Prévalence dans les sous-populations correctionnelles. Les analyses de sous-populations révèlent davantage les nuances dans la prévalence de la LCT. Les différences de genre sont incohérentes d'une étude à l'autre, les hommes ayant des taux de LCT plus élevés que les femmes, bien que certaines études montrent que les taux chez les femmes restent néanmoins importants (Hunter et coll., 2023; McGinley et McMillan, 2019). Par exemple, Bickle et coll. (2024) ont révélé que la prévalence de la LCT était plus élevée chez les femmes détenues (71,5 %) que chez les hommes (64 %), et dans certaines études, les femmes ayant des démêlés avec la justice présentent des taux encore plus élevés (88,7 %). La prévalence de la LCT chez les femmes incarcérées est particulièrement élevée chez celles qui ont subi de la violence entre partenaires intimes (VPI), alors que Nguyen et coll. (2022) constatent que 65 % des femmes incarcérées ont subi une lésion cérébrale, dont 62 % de ces blessures se sont produites avant l'incarcération, en raison de la violence domestique. La prévalence de LCT chez les femmes ayant des démêlés avec la justice serait de 72 % par rapport aux hommes, dont la prévalence est de 65 % (McGinley et McMillan, 2019; Allely, 2016).

Ces résultats soulignent le besoin critique d'interventions et de politiques ciblées pour aborder la forte prévalence de LCT chez les populations correctionnelles, en mettant particulièrement l'accent sur les sous-groupes vulnérables, comme les femmes, les jeunes et les particuliers ayant des antécédents de VPI.

Risques spécifiques à la LCT dans les établissements correctionnels. La LCT peut présenter des défis importants pour les personnes au sein du système de justice pénale, car elle affecte leurs capacités cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales en fonction de la gravité et de l'emplacement de la lésion cérébrale.

Les symptômes de la LCT comprennent des dysfonctionnements exécutifs, des troubles de la mémoire, la perturbation de l'humeur et l'anxiété, et peuvent persister longtemps après la lésion (Hunter et coll., 2023). Cela est particulièrement préoccupant pour les femmes incarcérées, qui subissent souvent un impact cumulé de LCI en raison de conditions co-occurents, comme la consommation de substances, des problèmes de santé mentale et des antécédents de traumatisme physique ou sexuel (O'Rourke et coll., 2016; Nguyen et coll., 2022; McGinley et McMillan, 2019).

Dépistage et évaluation de la LCT

Le dépistage et l'évaluation de lésions cérébrales traumatiques dans le milieu carcéral revêtent une grande importance compte tenu de leur prévalence relativement élevée, de leurs répercussions pour les décisions de placement et l'évaluation des risques, ainsi que la possibilité que ces blessures passent inaperçues ou soient mal diagnostiquées sans évaluations structurées régulières.

Outils de dépistage. Divers outils de dépistage ont été utilisés dans les établissements correctionnels pour déterminer les LCT chez les personnes incarcérées. Les outils d'auto-évaluation, comme l'index de dépistage des lésions cérébrales (Brain Injury Screening Index [BISI]), sont souvent utilisés, mais sont sujets à un biais de rappel et à des inexactitudes en raison de déficits cognitifs, en particulier dans les populations présentant des pertes de mémoire (de Geus et coll., 2021; Bickle et coll., 2024; McKinlay et Albicini, 2016). Les outils de dépistage auto-déclarés à faible coût surestiment souvent les taux de LCT (McKinlay et Albicini, 2016), soulignant la nécessité de méthodes supplémentaires pour vérifier ces déclarations, comme l'accès aux dossiers médicaux ou des entrevues menées par du personnel formé (Bickle et coll., 2024; Setnik et Bazarian, 2007; de Geus et coll., 2021). Des protocoles de dépistage uniformisés et systématiques, en particulier pour les populations vulnérables, comme les femmes ayant subi de la violence de partenaire intime, sont recommandés pour mieux aborder la nature répétitive des LCT et son intersection avec les démêlés avec la justice pénale (Nguyen et coll., 2022).

Outils d'évaluation. Les outils d'évaluation pour les LCT dans les établissements correctionnels se concentrent sur l'évaluation de la gravité et de l'impact de la lésion. La méthode d'identification des LTC de l'université d'État de l'Ohio (OSU-TBI-ID; Corrigan et Bogner, 2007) est l'un des outils d'évaluation les plus largement reconnus et validés, démontrant la validité prédictive et la fiabilité pour évaluer la gravité et l'occurrence des LCT au sein de la population carcérale (Hunter et coll., 2023; de Geus et coll., 2021; Moynan et McMillan, 2018; Allely, 2016). Toutefois, la longueur de l'OSU-TBI-ID influence les résultats, la version complète entraînant des taux de prévalence plus élevés par rapport à sa version abrégée, ce qui suggère que des évaluations plus complètes pourraient révéler une incidence plus élevée de LCT (O'Rourke et coll., 2016). Le questionnaire sur les traumatismes crâniens (Traumatic Brain Injury Questionnaire [TBIQ]) est un autre outil d'évaluation validé qui a montré des taux de prévalence élevés de LCT chez les personnes incarcérées, mais les incohérences dans les définitions et les méthodologies à travers les études rendent difficile la comparaison des résultats et la compréhension complète de la prévalence des LCT dans ces milieux (Bickle et coll., 2024; McGinley et McMillan, 2019).

Dans l'ensemble, des outils, comme l'OSU-TBI-ID et le TBIQ, sont reconnus comme fiables, mais devraient être complétés par des entrevues de suivi et des vérifications des dossiers médicaux afin d'en améliorer l'exactitude (Hunter et coll., 2023; de Geus et coll., 2021; Bickle et coll., 2024). L'élaboration de plans de traitement individualisés fondés sur ces évaluations validées est cruciale pour répondre aux besoins spécifiques des personnes incarcérées ayant subi une LCT, en veillant à ce qu'elles reçoivent une réadaptation et un soutien appropriés dans les établissements correctionnels (Horn & Lutz, 2016).

Modèles de traitement idéaux et interventions fondées sur des données probantes en milieu carcéral

Traiter les personnes ayant subi une LCT dans les établissements correctionnels nécessite une approche personnalisée, compte tenu des défis cognitifs et comportementaux complexes auxquels ces personnes sont confrontées. La thérapie de réhabilitation cognitive (TRC) est l'une des principales interventions utilisées pour traiter les déficits cognitifs chez les personnes incarcérées ayant subi une LCT. Cette thérapie a montré qu'elle améliore des domaines, comme la dysfonction exécutive, l'attention, la mémoire et la vitesse de traitement, qui sont souvent affectés par les LCT (Marcer et coll., 2016; Hunter et coll., 2023; Lawton et Huang, 2019). Malgré ses avantages potentiels, la mise en œuvre de la TRC dans les établissements correctionnels a été limitée. L'efficacité à long terme de la TRC, en particulier dans les

populations carcérales, reste peu explorée, la plupart des études s'appuyant sur des échantillons de petite taille et manquant de groupes de contrôle, ce qui limite la généralisabilité des résultats (de Geus et coll., 2021). De plus, l'approche *Equip : A Forensic Peer Group Approach* a été utilisée pour aborder les compétences d'interaction sociale et le développement socio-moral, bien qu'elle fait également appel à des échantillons de petite taille et offre des résultats à long terme mitigés (Manchester et coll., 2007).

Une autre approche prometteuse est l'utilisation d'interventions d'agents de liaison ou de facilitateurs (Ramos et coll., 2020). Ces interventions consistent à offrir un soutien personnalisé, une planification de la réinsertion sociale, une réadaptation neurologique et des interventions de la thérapie de réhabilitation cognitive axées sur le modèle fondé sur le risque, les besoins et la réceptivité (Andrews et Bonta, 2006) pour les personnes incarcérées ayant subi une LCT, visant à faciliter leur transition de l'incarcération vers la vie dans la collectivité (Nguyen et coll., 2022; de Geus et coll., 2021). Par exemple, une étude pilote menée au Royaume-Uni a permis d'élaborer l'indice de dépistage des lésions cérébrales afin de déterminer les antécédents de LCT chez les femmes incarcérées, et leur a ensuite fourni un soutien spécialisé par l'intermédiaire d'agents de liaison (Nguyen et coll., 2022). Ces interventions ont montré des résultats positifs en termes de réduction de la récidive et d'amélioration de la conformité aux plans de traitement. Toutefois, tout comme c'est le cas pour la thérapie de réhabilitation cognitive, ces études sont souvent confrontées à des limites méthodologiques, comme des échantillons de petite taille et l'absence de groupes témoins, ce qui rend difficile de tirer des conclusions définitives sur leur efficacité dans les études au Royaume-Uni (de Geus et coll., 2021).

La facilitation des ressources neurologiques (NeuroResource Facilitation [NRF]) est une autre intervention, qui a été appliquée dans le milieu carcéral afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant subi une LCT. La facilitation des ressources neurologiques se concentre sur la détermination des besoins et des ressources nécessaires pour les personnes ayant subi une LCT et leurs familles, dans le but de réduire la récidive et d'améliorer la productivité, que ce soit par le travail, le bénévolat ou la formation (de Geus et coll., 2021). L'intervention cible spécifiquement les déficits neurocognitifs, comme la mémoire de travail, l'attention, l'initiation, l'organisation, la résolution de problèmes, l'inhibition du comportement, l'autosurveillance, la planification/l'anticipation et la flexibilité mentale (de Geus et coll., 2021). La planification personnalisée, l'application de stratégies après la libération et le counseling de soutien sont des éléments clés de la NRF. Les résultats rapportés incluent une réduction importante des taux de réincarcération, alors que seuls 17 % des participants sont réincarcérés dans un délai de deux ans, comparativement au taux habituel de 50 % observé chez la population carcérale américaine (de Geus et coll., 2021). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec la réduction du stress basée sur la pleine conscience (RSPC) ont montré des améliorations dans les stratégies d'adaptation des patients incarcérés ayant subi une LCT, mais ces améliorations n'ont pas été maintenues lors d'un suivi de 12 semaines, démontrant que les efforts thérapeutiques doivent aborder le double diagnostic et des problèmes de santé mentale plus larges, y compris le trouble lié à la consommation de substances, le traumatisme, les troubles psychiatriques, la gestion de la colère et de la dépression, ainsi que les symptômes de la LCT (Bickle et coll., 2024; Horn et Lutz, 2016).

Malgré la promesse de ces interventions, il existe un important écart dans les programmes adaptés pour des sous-populations spécifiques au sein du système carcéral, en particulier pour les femmes. La recherche suggère que les femmes incarcérées ayant subi une LCI vivent souvent un traumatisme plus complexe que leurs homologues masculins, ce qui peut influencer leur capacité à s'engager et à bénéficier des programmes de traitement standard (McGinley et McMillan, 2019). De plus, des interventions qui tiennent compte des besoins spécifiques selon le genre et de l'interaction entre les LCT et d'autres problèmes de santé mentale, comme les troubles liés à la consommation de substances et le traumatisme, sont essentielles, mais en grande partie absentes (Allely, 2016).

En conclusion, bien que plusieurs interventions soient disponibles pour traiter les LCT dans les établissements correctionnels, comme la thérapie de réhabilitation cognitive, les programmes d'agents de liaison, la facilitation des ressources neurologiques et l'approche Equip, leur mise en œuvre est souvent entravée par des ressources limitées et un manque de programmes adaptés. L'efficacité de ces interventions varie; bon nombre démontrent un potentiel, mais nécessitent d'autres recherches pour établir leur incidence à long terme, étant donné les études de petite taille et non contrôlées. Pour améliorer les résultats des délinquants ayant subi une LCT, en particulier pour réduire la récidive, il est urgent de mettre en place des approches plus complètes et fondées sur des données probantes, qui tiennent compte des défis cognitifs, comportementaux et liés au genre auxquels cette population vulnérable est confrontée.

3.6 TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble du développement neurologique caractérisé par l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien, y compris le fonctionnement scolaire, professionnel et interpersonnel. Le diagnostic peut être difficile à établir chez les adultes en raison d'un manque de renseignements sur le développement et de la co-morbidité avec les troubles de consommation de substances (Glancy et coll., 2024). Le TDAH peut interférer avec la capacité d'une personne incarcérée à fonctionner en détention, y compris en montrant des taux plus élevés d'infractions liées au comportement et des difficultés à utiliser les programmes ou les activités professionnelles.

Byrne et Guetner (2022) ont récemment réalisé un examen exploratoire sur le TDAH dans les établissements correctionnels et ont remarqué une diversité marquée des estimations de prévalence en détention, variant de 9,1 à 45 % par rapport à une estimation de 2,7 % dans la population générale. Un examen systématique et une méta-analyse ont rapporté que la prévalence du TDAH chez les adultes en détention était de 26,2 % (Baggio et coll., 2018) sans différence selon le sexe. Usher et coll. (2013) ont mené une étude de prévalence du TDAH chez la population masculine du SCC et ont constaté qu'environ 16,5 % des participants avaient obtenu un score dans la plage la plus élevée de l'Échelle d'autoévaluation du TDAH chez l'adulte (ASRS), ce qui suggérerait un diagnostic de TDAH. Ils ont indiqué que les symptômes de TDAH étaient associés à des actes d'inconduite en établissement et à de moins bons résultats lors de la libération dans la communauté.

Le traitement est controversé. Les approches psychologiques sont recommandées, mais n'ont pas été démontrées comme étant efficaces chez les populations correctionnelles. Le traitement principal a été la prescription de psychostimulants, bien qu'il existe également des médicaments non stimulants efficaces. Il n'y a pas d'accord dans la littérature mondiale sur le traitement recommandé ou l'ordre dans lequel le traitement devrait être entrepris (Byrne & Guetner, 2022). Cela découle des données probantes sur la comorbidité entre le TDAH et les troubles liés à la consommation de substances, ainsi que de l'abus d'agents psychostimulants prescrits pour le TDAH dans des milieux carcéraux. Ainsi, bien que des essais cliniques dans des établissements correctionnels démontrent l'efficacité des psychostimulants à réduire les symptômes du TDAH, ces études ont fait l'objet de critiques en raison de la petite taille de leurs échantillons, de leur conception à court terme et de leur risque élevé de biais; par conséquent, à ce stade, les données probantes sont trop faibles pour servir de base à des recommandations de traitement spécifiques (Boesen et coll., 2022).

Ces réalités pratiques de prescription de ces agents dans les établissements correctionnels rendent difficile la consommation des psychostimulants. Les recommandations provenant d'Appelbaum et coll. des États-Unis (2015) ont été adaptées en tant que lignes directrices pour le traitement du TDAH en détention au Canada par l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (Glancy et coll., 2024). Ces lignes

directrices décrivent une approche prudente et mesurée et proposent un accord préalable avec la personne incarcérée concernant l'utilisation et l'abus du médicament avant que la prescription ne soit effectuée.

4. INTÉGRATION DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

La grande disparité dans les résultats de recherche concernant les taux de prévalence dans les états mentionnés ci-dessus indique l'importance de pratiques d'évaluation cohérentes et validées pour déterminer les personnes incarcérées ayant un trouble cognitif. Comme il est mentionné ci-dessus, de nombreux problèmes se chevauchent pour les personnes ayant des troubles cognitifs en termes de besoins, de causes, de défis correctionnels et de conséquence en matière de gestion. Cette section aborde les conséquences de ces renseignements, qui peuvent orienter les recommandations pour le développement de systèmes correctionnels afin de répondre efficacement à ces besoins.

Dépistage et évaluation

Pour alléger le fardeau des ressources cliniques limitées, Catalano et coll. (2020b) suggèrent une approche par étapes pour le dépistage et l'évaluation, pour laquelle des questions seuils sont posées lors de l'admission en prison afin de dépister des troubles cognitifs probables (adapté de Board et coll., 2015). Cette approche serait suivie d'un examen par un clinicien en vue de déterminer les questions diagnostiques et la sélection des instruments d'évaluation diagnostique (New et James, 2013). Board et coll. (2015) ont conçu treize questions de dépistage pour les troubles cognitifs qui peuvent fournir une indication initiale de déficits au niveau de la lecture et de l'apprentissage, de l'école jusqu'à l'âge adulte, des diagnostics antérieurs, des problèmes de gestion des aspects de la vie quotidienne (formulaires, gestion de l'argent, recevoir un soutien pour les personnes handicapées). Ce sont des questions « passerelles » utiles pour une évaluation plus spécifique.

L'utilisation de critères diagnostiques et d'outils normalisés, comme la méthode d'identification des LCT de l'université d'État de l'Ohio (Moynan et McLillan, 2018; de Geus et coll., 2021; McKinlay et Albicini, 2016), la liste de vérification du syndrome d'alcoolisation fœtale et le formulaire de dépistage et de référence des agents de probation du Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome (Popova et coll., 2019) ou le système de classification de la CIM-10 des DI (Hellenbach et coll., 2017), devrait être adoptée lorsque des préoccupations particulières sont présentes. Des outils spécifiques au TSA, comme l'Échelle de diagnostic de l'autisme et de l'Asperger de Ritvo (RAADS)-14, et au quotient d'autisme (QA) sont disponibles et devraient être validés pour les établissements correctionnels (Holloway et coll., 2020).

La faisabilité et l'utilité des outils de dépistage et d'évaluation dépendront du travail préparatoire en établissement, de la formation avancée du personnel qui administrera l'outil et de la manière dont le test est expliqué aux personnes incarcérées de différentes capacités et origines linguistiques (Catalano et coll., 2020a). Pour maximiser l'exactitude du dépistage, les facteurs environnementaux devraient émettre du bruit et des distractions limités. Murphy (2018) recommande de réduire les problèmes sensoriels pour les TSA. Les échelles de fonctionnement adaptatif devraient être modifiées pour le milieu carcéral et les activités auxquelles les personnes incarcérées peuvent participer dans ce contexte. Comme c'est le cas pour le dépistage de toute maladie, le dépistage ne devrait être utilisé que s'il mène à une évaluation significative et à des interventions thérapeutiques ou à des adaptations de service.

Programme et intervention

Les programmes propres à la population et l'adaptation des programmes existants sont essentiels pour accueillir les personnes ayant des troubles cognitifs. Cette recommandation est conforme au principe de réactivité spécifique bien établi en matière d'intervention auprès des personnes incarcérées (Bonta et Andrews, 2007), qui stipule que les interventions visant à réduire le risque de récidive doivent être adaptées aux besoins individuels et aux styles d'apprentissages. Elle correspond également aux directives cliniques générales sur l'éducation et l'intervention en santé mentale pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, des troubles d'apprentissage et des préoccupations cognitives connexes. Cela doit être fait de manière centralisée, en tenant compte des préoccupations intersectionnelles et comorbides, et être guidé par des évaluations valides.

Étant donné les points communs entre de nombreuses formes de trouble cognitif et leur prévalence, comme il est mentionné précédemment, de nombreuses recommandations sont transversales sur le plan diagnostique et s'appliquent à toutes les formes de troubles cognitifs. Certains de ces enjeux sont déjà abordés dans la Directive 800-10 du commissaire du SCC, qui porte sur la déficience intellectuelle, comme le dépistage à l'échelle de la population et le renvoi à un psychologue pour évaluation afin d'orienter les décisions de traitement et les niveaux de risque. Étant donné la forte prévalence et les répercussions similaires d'autres formes de troubles cognitifs, cette Directive du commissaire devrait être élargie pour inclure des formes de troubles cognitifs qui ne répondent pas aux critères de déficience intellectuelle.

L'adaptation des programmes existants, y compris l'éducation et la formation professionnelle, le traitement de la santé mentale et les traitements correctionnels ciblant le risque de récidive, est essentielle pour toutes les formes de troubles cognitifs déterminés ici. Dans certains cas, cela impliquera de rendre le programme existant accessible pour les personnes qui ont des problèmes d'apprentissage, sensoriels et de mémoire, comme dans le cas de l'adaptation de matériel éducatif, psychoéducatif et professionnel pour ceux ayant des difficultés d'apprentissage précises. Dans des contextes non correctionnels, cela peut consister à accorder des heures supplémentaires pour les travaux et les activités d'évaluation, à s'assurer que les tests se déroulent dans un environnement exempt de distractions, et à veiller à ce que les modalités d'enseignement soient adaptées aux besoins particuliers du client (p. ex. faire des enregistrements audio de documents écrits ou s'adapter à des niveaux de lecture inférieurs). L'orientation pour ces adaptations devrait être personnalisée sous la forme d'un plan éducatif individualisé (Popova et coll., 2011). L'adaptation de certaines interventions en santé mentale peut inclure des mesures similaires, telles que la simplification des matériaux et de leur communication, tout en mettant également davantage l'accent sur des stratégies de modification du comportement plutôt que des stratégies de changements cognitifs.

Dans certains cas, la conception ou la mise en œuvre de programmes spécialement conçus pour les personnes ayant des déficiences cognitives devrait être envisagée. Dans la mesure du possible, cela devrait être fait en collaboration avec des personnes ayant une expérience vécue. Dans le cas de programmes pour la réduction de la récidive, les déficiences cognitives peuvent être associées à des facteurs de risque distincts, et il est essentiel de cibler ces facteurs, car cela réduit la récidive (p. ex. Brown et coll., 2015). Dans le cas de programmes en groupe, les capacités intellectuelles devraient être prises en compte, car des groupes présentant des capacités intellectuelles mixtes peuvent être perçus comme aversifs ou frustrants pour ceux qui ont des capacités très faibles, tandis que les efforts pour adapter ou ralentir le matériel pour ces clients peuvent entraîner de l'ennui ou de la frustration chez d'autres clients.

Les sources examinées ci-dessus, en plus des pratiques exemplaires dans des contextes non correctionnels, mettent en évidence plusieurs recommandations spécifiques liées aux programmes pour les personnes ayant des déficiences cognitives. Cela inclut l'importance de la coordination et de la continuité des soins (tant au sein des programmes correctionnels qu'entre les services correctionnels et la communauté) et d'éviter des approches fragmentées, qui peuvent être difficiles à naviguer pour les clients. À cette fin, il est recommandé qu'un membre du personnel centralisé soit assigné à chaque dossier une fois qu'il a été déterminé comme présentant un potentiel d'incapacité. Cette personne peut agir comme une ressource unique et peut s'assurer que les besoins du particulier sont satisfaits par les divers programmes, comme un agent chargé du cas.

La prestation de programmes devrait être informée par une évaluation spécialisée et complète. Des facteurs de risque spécifiques, comme l'impulsivité, la mauvaise cognition sociale, le raisonnement moral et le dérèglement affectif nécessitent une approche ciblée dans les programmes de réduction de la récidive. Les LCT sont particulièrement variables dans leurs implications pour la réduction des risques et d'autres programmes, et des modèles spécifiques d'incapacité doivent être pris en compte au cas par cas.

La détermination de déficiences cognitives précédemment non identifiées, en particulier celles moins visibles, comme les troubles d'apprentissage précis et le TDAH, peut en soi être une expérience de validation et aider à expliquer aux clients certaines difficultés qu'ils ont rencontrées (p. ex. pertes de possibilités éducatives, frustration et comparaisons sociales négatives). Cela devrait être pris en compte et en tirer parti dans les programmes de réduction de la récidive et servir d'impulsion supplémentaire pour le dépistage à l'échelle de la population pour de tels troubles.

L'intersectionnalité et la comorbidité doivent être prises en compte lors de la planification des interventions. Les priorités et l'efficacité de programmes varient selon le sexe et le genre, la présence de troubles mentaux et de problèmes de consommation, ainsi que la gravité de l'incapacité. En ce qui concerne spécifiquement le sexe et le genre, on connaît très peu de choses sur l'efficacité des interventions correctionnelles auprès des femmes ayant une déficience intellectuelle et d'autres déficiences cognitives, et certaines se sont révélées moins efficaces chez les femmes que chez les hommes (p. ex. Lindsay et coll., 2004). Les programmes pour les personnes ayant des déficiences cognitives devraient être planifiés et évalués séparément pour les participants masculins et féminins, et les services correctionnels devraient s'engager dans la conception et l'évaluation de programmes destinés spécifiquement aux femmes. L'évaluation, le diagnostic et l'intervention pour les troubles mentaux sont plus complexes pour les personnes ayant des troubles cognitifs, et les troubles mentaux sont très répandus chez les personnes incarcérées ayant une déficience intellectuelle, environ un tiers présentant cette comorbidité (Haut et Brewster, 2010). Un diagnostic erroné de troubles mentaux dans cette population peut entraîner des décisions inappropriées concernant le niveau de risque et le placement, des occasions manquées de traitement et de réduction des risques, ou une stigmatisation injustifiée. Enfin, la prise en compte de la consommation concomitante de substances et de son traitement conjointement avec des préoccupations en matière de santé mentale a montré qu'elle était supérieure chez les populations de personnes incarcérées par rapport à un ciblage indépendant (Moyes et coll., 2016; Peters et coll., 2017), et une approche intégrée de double diagnostic est donc recommandée.

En résumé, une approche intégrée, centralisée et personnalisée de l'évaluation, du diagnostic et des programmes, qui tient simultanément compte de la comorbidité, de la fonction cognitive et du genre, est recommandée pour ceux qui présentent l'un des états abordés dans le présent document. Dans

certains cas, cela peut consister simplement à accommoder les personnes qui ont des difficultés d'apprentissage au sein des programmes existants, et dans d'autres, cela peut nécessiter d'élaborer et d'évaluer des programmes ciblés, par exemple pour les femmes ayant des déficiences intellectuelles ou qui ont des besoins complexes impliquant des troubles mentaux, la consommation de substances et des déficiences cognitives comorbides. Une évaluation initiale par un psychologue ayant une expertise spécifique en troubles cognitifs, l'élaboration d'un plan faisant appel à un agent chargé du cas centralisé, qui peut coordonner et guider le client à travers le système, de l'admission à la réinsertion sociale, afin d'éviter des approches cloisonnées et non intégrées, ainsi que l'adaptation du plan selon une formulation guidée par l'évaluation, sont tous recommandés. Dans les domaines où des programmes soutenus par des données empiriques ne sont pas disponibles pour un type de client donné, ils devraient être développés et évalués.

4.4 Participation juridique et du tuteur

La participation des familles et des tuteurs légaux aux soins des particuliers ayant des troubles cognitifs, en particulier dans les établissements correctionnels, est reconnue comme essentielle pour garantir des soins complets et une protection légale (Doody et coll., 2017; McCreedy et coll., 2018; O'Brien, 2022). La participation des membres de la famille dans la planification des soins de santé joue un rôle essentiel, car les familles possèdent souvent une compréhension intime des besoins de la personne, aidant ainsi les professionnels à offrir des soins personnalisés (McCreedy et coll., 2018). Toutefois, il existe des défis, notamment des obstacles de confidentialité, qui peuvent gêner la communication entre les familles et les professionnels de la santé en général, et dans les situations correctionnelles en particulier (Doody et coll., 2017). Cette division, aggravée par une priorisation insuffisante de la participation de la famille, peut entraîner un désengagement et des résultats moins favorables.

La recherche met en évidence les avantages de la participation de la famille, comme une meilleure planification de la sortie, un suivi amélioré et une meilleure prestation des services pour les patients médico-judiciaires (McCreedy et coll., 2018). Les représentants légaux, en particulier pour les personnes se trouvant dans des établissements correctionnels et qui ont des déficiences cognitives, sont essentiels pour protéger les droits de ces particuliers et s'assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés (O'Brien, 2022; Dvoskin, 2000). Le dépistage systématique, la formation pour les juristes et l'adoption d'un cadre de droits de la personne sont nécessaires pour offrir à ces particuliers un traitement équitable et respectueux (MacKay, 2015).

En abordant ces enjeux, les services correctionnels peuvent mieux satisfaire aux besoins des personnes ayant des troubles cognitifs, favoriser un environnement de collaboration entre les familles, les tuteurs légaux et les prestataires de soins de santé, et, enfin, améliorer les résultats pour cette population vulnérable.

Ces objectifs nécessitent un cadre stratégique, qui encourage l'information continue et la participation des membres de la famille et des tuteurs légaux pendant l'incarcération. Cela peut prendre beaucoup de temps et un temps de travail social dédié est nécessaire pour faciliter cette participation continue. Ces enjeux sont importants tout au long de l'incarcération, mais deviennent d'une importance centrale dans la planification de la réinsertion lors de la libération.

Formation

Bon nombre des études citées dans le présent document contiennent des recommandations pour la formation des agents de correction et d'autres membres du personnel correctionnel dans le soin des

personnes ayant des troubles cognitifs en détention. Malgré la large diffusion de ces recommandations, nous n'avons trouvé aucune donnée probante dans la littérature de normes de formation publiées à l'intention du personnel correctionnel afin d'aider ces personnes incarcérées.

À plusieurs reprises, les articles cités ci-dessus décrivent le besoin de formation. Les sujets à aborder incluent des renseignements sur les groupes diagnostiques principaux, communiqués d'une manière que le personnel correctionnel peut comprendre afin d'aider à la fois à reconnaître ces troubles et à la manière dont les personnes incarcérées atteintes de ces troubles peuvent se présenter au personnel. De plus, les documents ont à maintes reprises souligné la nécessité pour le personnel d'être conscient des vulnérabilités particulières à l'exploitation et à la victimisation que peuvent subir les personnes ayant des troubles cognitifs, ainsi que de la manière dont les systèmes de soins correctionnels doivent être adaptés à leurs besoins spécifiques. De telles adaptations comprennent des travaux de réadaptation et un logement adapté à leurs besoins. Enfin, le personnel spécialisé doit recevoir une formation sur la manière de développer des formulations spécifiques des comportements que la personne peut présenter afin de constituer la base de plans de soins spécifiques pour les personnes ayant une déficience cognitive. Ce processus impliquera des ajustements spécifiques à la vie en détention et l'adaptation des programmes de réadaptation et des activités de réinsertion sociale spécifiquement à leurs besoins.

Dans la littérature grise, un petit nombre de rapports porte sur les approches que des juridictions spécifiques ont adoptées pour la formation du personnel correctionnel, mais aucune donnée probante d'évaluation systématique ou d'établissement de normes concernant les besoins ou les résultats de la formation. Il s'agit d'un écart dans la littérature et dans la pratique de la formation du personnel que le Canada pourrait combler, et nous recommandons l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme complet de formation pour combler ce besoin.

La formation doit être abordée comme une question de priorité, parallèlement à toute autre innovation ou intervention découlant de ce travail et décrite ci-dessus.

Planification de la réinsertion sociale

À leur sortie de prison, les personnes ayant un trouble cognitif ont besoin d'une continuité des soins une fois que les routines quotidiennes et les attentes liées à la vie en prison n'existent plus et que la personne doit assumer la responsabilité de prendre des décisions et des choix fiables. Dans la transition vers la communauté, elles sont vulnérables et peuvent retomber dans de vieilles habitudes et routines et éprouvent de la difficulté avec l'influence négative des pairs, la drogue et l'alcool (Hyun et coll., 2014). Les services de probation généraux fonctionnent rarement pour les personnes ayant un trouble cognitif (Brown et coll., 2015) et il faut former les agents de probation, les travailleurs sociaux et les gestionnaires de cas afin de mieux soutenir les personnes incarcérées lors de leur réinsertion sociale (Ashworth et Tully, 2017).

Les planificateurs de libération correctionnelle qui comprennent les défis liés aux troubles cognitifs seront en meilleure position pour donner des conseils et faire des recommandations aux fournisseurs de soutien communautaire. Par exemple, lorsqu'on travaille avec des personnes incarcérées ayant un syndrome d'alcoolisation fœtale, il est impératif de les relier aux services appropriés, car leur réinsertion peut être écrasante sans services et sans soutien adéquats (Boland et coll., 1998). Les services communautaires pour les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent inclure des centres de jour, des services thérapeutiques et résidentiels, des services de soutien et des services aux aidants. Pour maximiser l'efficacité, des liens solides sont nécessaires avec d'autres services tels que ceux

énumérés ci-dessous. Services possibles : Services de réadaptation en santé mentale pour adultes, services de gestion de cas, groupes de soutien communautaire, services de soutien thérapeutique pour enfants, traitement de la toxicomanie et de l'alcool, services de soutien à l'éducation et à la formation professionnelle, compétences pour la vie autonome, psychothérapie individuelle et de groupe, préposés aux soins personnels, services de psychiatre, services de soutien au logement, services aux personnes handicapées. Il est impératif de développer un plan de soins coordonné et personnalisé, qui inclut les contributions de tous les professionnels de la santé et des services sociaux (Bhaumik et coll., 2016).

L'agent de liaison est une intervention efficace où le personnel, tel que des diplômés en psychologie ayant une formation sur les lésions cérébrales traumatiques, peut mettre en place un système de soutien après la libération de la personne, impliquant un plan de réinsertion sociale sur mesure et un suivi pouvant aller jusqu'à un an, qui a donné des résultats prometteurs. Parmi les utilisateurs de service liés aux troubles cognitifs, 65 % ont participé à une activité significative après leur libération et 50 % ont trouvé un emploi grâce à ce système (Nagele, 2018). Cette pratique prometteuse doit être reproduite.

Il est nécessaire de mener davantage de recherches pour développer des programmes fondés sur des données probantes (Sutton et coll., 2013; Martinello, 2015; Sala et coll., 2019; Sevliver et coll., 2013; Baarsma et coll., 2016; Beddows et Brooks, 2016). La recherche devrait impliquer des périodes de suivi plus longues allant jusqu'à deux ans, car la plupart des récidives se produisent pendant cette période (Yukhnenko et coll., 2020). Bien que la réduction de la récidive soit un résultat important, des vies saines, un logement et la stabilité financière sont tous des facteurs importants qui permettent aux gens de mener une vie épanouissante.

Annexe Prévalence de divers troubles cognitifs dans les analyses sur lesquelles s’appuie le présent document.

Tableau 1. Trouble du développement intellectuel

Étude	Année(s) examinée(s)	Taille de l'échantillon	Taux de prévalence (%)	Détails de la population
Fazel et coll.	1966-2004	Variée	0,5 - 1,5 (max 2,8)	Population carcérale générale
Hellenbach et coll.	2004-2014	4 653	4 - 69,6	Personnes condamnées (R.-U., Israël, Norvège, Australie)
Hassiotis et coll.	2011	3 142	4	Femmes plus jeunes et groupes ethniques minoritaires
Dias et coll.	2013	1,279	9	Prisonniers du Queensland
Søndenaa et coll.	2008	Variée	TDI léger : 10,8 TDI limite : 25-30	Population carcérale générale (méthode de dépistage)
Garcia-Largo et coll.	Jusqu'en 2018	>15 000	1 - 69,6	Prisonniers masculins (juridictions variées)
Personnes autochtones (Australie)	2018	-	28 (sur le total des prisonniers)	2 % de la population australienne par rapport à 28 % de la population carcérale
Autochtones (Canada)	2016	-	28 (sur le total des prisonniers)	4 % de la population canadienne par rapport à 28 % de la population carcérale
Hassiotis et coll.	2011	3 142	-	Plus susceptible d’être femme et de moins de 30 ans

Tableau 2. Syndrome d’alcoolisation fœtale

Étude/Source	Estimation de la prévalence	Détails de la population	Remarques :
Lange et coll. (2017)	0,8 % des naissances vivantes	Mondial	Estimation générale
Flannigan et coll. (2018a, 2018b); May et coll. (2018)	4 % à 5 % des naissances vivantes	Canada	Estimations régionales
May et coll. (2018)	~5 % des naissances vivantes	États-Unis	Probablement surestimé en raison des limitations diagnostiques. Prévalence élevée parmi les jeunes autochtones; 19 fois plus susceptibles d’être incarcérés
Popova et coll. (2011)	363,6 par 1 000	Australie (correctionnel)	Prévalence groupée de 146,7 pour 1 000 chez les adultes en détention
Popova et coll. (2019)	17,5 - 233,5 par 1 000	Canada (correctionnel)	Les personnes atteintes du SAF ont 19 fois plus susceptibles d’être incarcérées
Fast et coll. (1999); MacPherson et Chudley (2007)	10 % - 24 %	États-Unis (détenus)	Estimation spécifique pour les adultes en détention
Popova et coll. (2019)	9,9 %	Canada (adultes en détention)	Prévalence la plus élevée dans une population bénéficiant de services de psychiatrie légale examinée
Mela et coll. (2022)	46 %	Canada (patients bénéficiant de services de psychiatrie légale)	

Tableau 3 : Trouble du spectre de l’autisme

Étude/Source	Estimation de la prévalence	Détails de la population	Remarques :
Pérez-Crespo et coll. (2019)	1 % - 1,5 %	Mondial	Augmentation significative de la prévalence mondiale
Maenner (2020)	Ratio hommes-femmes de 4,5:1	Mondial	Ratio de genre pour le TSA
Anckarsäter et coll. (2008); Billstedt et coll. (2017)			
Hofvander et coll. (2019); Lindsay et coll. (2014); Ståhlberg et coll. (2010); Sullivan et coll. (2017); Underwood et coll. (2016)	2 % - 17 %	Populations carcérales	Taux plus élevés de TSA dans les établissements correctionnels
Peraire et coll. (2023)	4 % - 18 %	Populations carcérales	Suggère une prévalence plus élevée des traits de TSA que dans la population générale; potentiel sous-diagnostic.
Van Buitenen et coll. (2021)	39,8 % (troubles liés à la consommation de substances), 31,7 % (schizophrénie), 24,1 % (autres troubles du développement neurologique)	Personnes ayant un TSA	Taux de comorbidité élevés chez les personnes ayant un TSA

Tableau 4. Lésion cérébrale traumatique

Étude/Source	Taille de l'échantillon (s'il y a lieu)	Estimation de la prévalence	Détails de la population	Remarques :
de Geus et coll. (2021); McGinley et McMillan (2019)	-	~12 %	Mondial	Prévalence dans la population carcérale générale
de Geus et coll. (2021)	-	Plus élevé chez les hommes âgés de 18 à 25 ans et chez les hommes de plus de 70 ans	Démographie spécifique	Risque accru en raison de comportements à risque et de chutes
Hunter et coll. (2023)	64 études, >52 000 participants	5.5 % - 92,5 % (45,8 % en moyenne)	Populations carcérales	Un large éventail reflète diverses méthodes d'identification
Hunter et coll. (2023)	-	32 % (lésions modérées à graves)	Populations carcérales	Constatation constante d'une prévalence de LCT disproportionnée dans les populations incarcérées
de Geus et coll. (2021)	-	50 %	Personnes incarcérées	Les lésions cérébrales acquises, y compris les LCT
Bickle et coll. (2024)	-	71,5 % (plus élevé que les détenus à 64 %)	Détenues	Différences de genre dans la prévalence des LCT
Nguyen et coll. (2022)	-	65 %	Femmes incarcérées	Prévalence élevée chez les personnes ayant des antécédents de violence entre partenaires intimes
McGinley et McMillan (2019); Allely (2016)	-	72 %	Démêlés avec la justice Femmes	Comparaison avec les hommes à 65 %

Tableau 5. Trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité

Étude/Source	Estimation de la prévalence	Détails de la population	Remarques :
Glancy et coll. (2024)	~2,7 %	Population carcérale générale	Prévalence estimée du TDAH dans la population générale
Byrne et Guetner (2022)	9,1 % - 45 %	Milieus correctionnels	Diversité des estimations de prévalence en détention
Baggio et coll. (2018)	26,2 %	Adultes en détention	Revue systématique et méta-analyse; aucune différence de genre
Usher et coll. (2013)	~16,5 %	Population homme SCC	Associé à des actes d’inconduite en établissement et des résultats communautaires plus pauvres

RÉFÉRENCES

- Appelbaum K., et K. Murphy. « Attention deficit disorders », dans : Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds, *Oxford Textbook of Correctional Psychiatry*, 1^{re} éd. New York (NY) : Oxford University Press; 2015. pp. 200–204.
- Adlard, G. (2011). « Experiences of subculture within a prison community », dans *Learning Disability Practice*, vol. 14, n° 4.
- Allely, C. S. (2016). « Prevalence and assessment of traumatic brain injury in prison inmates: A Systematic Prisma Review », dans *Brain Injury*, vol. 30, n° 10, p. 1161–1180.
<https://doi.org/10.1080/02699052.2016.1191674>
- Allison, C., B. Auyeung et S. Baron-Cohen. (2012). « Toward brief "red flags" for autism screening: The short Autism Spectrum Quotient and the short Quantitative Checklist in 1,000 cases and 3,000 controls », dans *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 51, n° 2, p. 202–212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.11.003>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (n.d.). *Definition of intellectual disability*. Extrait le 5 septembre 2024, de <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>
- Anckarsäter, H., K. Holmberg et T. Nielsen. (2008). « The role of autism spectrum disorders in forensic psychiatry » dans *Journal of Forensic Sciences*, vol. 53, n° 2, p. 446–451. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2008.00675.x>
- Andrews, D. A. et J. Bonta. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, New Jersey, LexisNexis.
- Ashworth, R. et J. Tully. (2017). « Training for probation officers, social workers, and case managers on supporting autistic offenders », dans *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 47, n° 12, 3879–3893. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3368-3>
- Astley, S. J., S. J. Clarren, et University of Washington, FAS Diagnostic & Prevention Network. (1999). *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol syndrome and related conditions (Second)*. University of Washington. <https://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide99.pdf>
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, (2018). *Prisoners in Australia, Australian Government, Canberra*.
- Baarsma, J., M. de Lange et S. Jansen. (2016). « Victimization rates and sexual knowledge among autistic individuals charged with sexual offenses », dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 28, n° 3, 278–296. <https://doi.org/10.1177/1079063214567815>
- Baggio, S., A. Fructuoso, M. Guimaraes, E. Fois, D. Golay, P. Heller, N. Perroud, C. Aubry, S. Young, D. Delessert, L. Gétaz, N. T. Tran et H. Wolff. (2018). « Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: A systematic review and meta-analysis », dans *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, p. 331. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00331>
- Barkham, M., S. Gunasekaran et C. Lovelock. (2013). « Autism spectrum disorder: Case formulation and best practices in the criminal justice system », dans *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 24, n° 5, p. 543–560
<https://doi.org/10.1080/14789949.2013.821522>

Baron-Cohen, S., S. Wheelwright, R. Skinner, J. Martin et E. Clubley. (2001). « The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians » dans *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 31, n° 1, p. 5-17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>

Beddows, M. et J. Brooks. (2016). « Sexual offending and autism: An overview of research and practice implications », *Journal of Forensic Sciences*, vol. 61, n° 6, p. 1555-1562. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13355>

Bertrand J. F. R., M. K. Weber, M. O'Connor, E. P. Riley, K. A. Johnson et D. E. Cohen. (2004). *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*, National Task Force on FAS/FAE, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention.

Bhaumik, S., R. Kiani, D. M. Michael, S. Gangavati, S. Khan, J. Torales, K. R. Javate et A. Ventriglio, A. (2016). « Intellectual disability and mental health: an overview† », dans *International Journal of Culture and Mental Health*, vol. 9, n° 4, p. 417-429. <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1228687>

Bickle, A., T. Al Shammaa, E. Musa, P. Arya et N. Khalifa. (2024). « Traumatic brain injury in criminal justice systems: A systematic literature review », dans *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 35, n° 2, p. 206-228. <https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2313451>

Billstedt, E., H. Anckarsäter, M. Wallinius et B. Hofvander. (2017). « Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics », dans *Psychiatry Research*, vol. 252, p. 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.004>

Board, T., S. Ali et A. Bartlett. (2015). « Intellectual disability screening in women prisoners: preliminary evaluation », dans *International Journal of Prisoner Health*, vol. 11, n° 4, p. 243-254. <https://doi.org/10.1108/ijph-09-2014-0027>

Bogner, J. et J. D. Corrigan. (2009). « Reliability and predictive validity of the Ohio State University TBI identification method with prisoners », dans *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 24, n° 4, p. 279-291. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e3181a66356>

Boland, F. J., R. Burril, M. Duwyn et J. Karp. (1998). *Syndrome d'alcoolisme fœtal : Répercussions pour le service correctionnel*, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Bonta, J. et D. A. Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité 2007-06*. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>

Brown, J., M. L. Hesse, A. Wartnik, J. Long-McGie, T. Andrews, M. Weaver, J. Olson, P. Burger, S. A. Kolakowsky-Hayner et B. Rohret. (1^{er} avril 2015). « Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Confinement Settings: A Review for Correctional Professionals », dans *Journal of Law Enforcement*.

Van Buitenen, N., J. Meijers, C. Van Den Berg et J. Harte. (2021). « Risk factors of violent offending in mentally ill prisoners with autism spectrum disorders », dans *Journal of Psychiatric Research*, vol. 143, p. 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.010>

Burd, L., C. Cox, B. Poitra, T. Wentz, M. Ebertowski, J. T. Martsolf, J. Kerbeshian et M. G. Klug. (1999). « The FAS Screen: a rapid screening tool for fetal alcohol syndrome », dans *Addiction Biology*, vol. 4, n° 3, p. 329-336. <https://doi.org/10.1080/13556219971542>

Byrne, C. et D. Guenter. (2023). « Treatments for ADHD in adults in jails, prisons and correctional settings: a scoping review of the literature », dans *Health & Justice*, vol. 11, n° 1.
<https://doi.org/10.1186/s40352-023-00234-9>

Catalano, G., J. Mason, C. E. Brolan, S. Loughnan et D. Harley. (2020a). « Screening prisoners for cognitive impairment—literature review », dans *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, vol. 11, n° 4, p. 201-210.

Catalano, G., J. Mason, C. E. Brolan, S. Loughnan et D. Harley. (2020b). « Diagnosing cognitive impairment in prisoners—a literature review », dans *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, vol. 11, n° 4, p. 221- 232.

Corrigan, J. D. et J. Bogner. (2007). « Initial reliability and validity of the Ohio State University TBI identification Method », *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol. 22 n° 6, p. 318-329.
<https://doi.org/10.1097/01.htr.0000300227.67748.77>

de Geus, E. Q., M. V. Milders, J. E. van Horn, F. A. Jonker, T. Fassaert, J. C. Hutten, F. Kuipers, C. Grimbergen et S. D. Noordermeer. (2021). « Acquired brain injury and interventions in the offender population: A systematic review », dans *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.658328>

Dias, S., R. S. Ware, S. A. Kinner et N. G. Lennox. (2013). « Physical health outcomes in prisoners with intellectual disability: A cross-sectional study », dans *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 57, n° 12, p. 1191-1196.

Doody, O., M. P. Butler, R. Lyons et D. Newman. (2017). « Families' experiences of involvement in care planning in mental health services: an integrative literature review », dans *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 24, n° 6, p. 412-430. <https://doi.org/10.1111/jpm.12369>

Dvoskin, J. A. (2000). « The mentally disordered inmate and the law » dans *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 3, p. 397. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.3.397>

Esan, F., V. Chester, I. J. Gunaratna, S. Hoare et R. T. Alexander. (2015). « The clinical, forensic and treatment outcome factors of patients with autism spectrum disorder treated in a forensic intellectual disability service », dans *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 28, n° 3, p. 193-200.
<https://doi.org/10.1111/jar.12138>

Fast, D. K., J. Conry et C. A. Loock. (1999). « Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system », *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 20 n° 5, p. 370-372.
<https://doi.org/10.1097/00004703-199910000-00012>

Fazel, S., K. Xenitidis et J. Powell. (2008). « The prevalence of intellectual disabilities among 12 000 prisoners—A systematic review », dans *International journal of law and psychiatry*, vol. 31, n° 4, p. 369-373.

Fisher, M. H., A. L. Moskowitz et R. M. Hodapp. (2012). « Vulnerability and Experiences Related to Social Victimization Among Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities », dans *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, vol. 5, n° 1, p. 32-48.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2011.592239>

Flannigan, K., K. Unsworth et K. Harding. (2018a). « FASD prevalence in special populations », dans *Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network*. <https://canfasd.ca/wp->

content/uploads/2018/08/Prevalence-2-Issue-Paper-FINAL.pdf

Flannigan, K., K. Unsworth et K. Harding. (2018b). « The prevalence of fetal alcohol Spectrum Disorder » *Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network*. <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/2018/08/Prevalence-1-Issue-Paper-FINAL.pdf>

Forrester, A., A. Till, A. Simpson et J. Shaw. (2018). « Mental illness and the provision of mental health services in prisons », *British Medical Bulletin*, vol 127, n° 1, p. 101-109. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy027>

García-Largo, L. M., G. Martí-Agustí, C. Martín-Fumadó et E. L. Gómez-Durán. (2020). « Intellectual disability rates among male prison inmates », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 70, 101566.

Glancy, G et coll. (2024). Practice Guidelines for Prescribing in Corrections. <https://www.capl-acpd.org/wp-content/uploads/2020/03/CAPL-Rx-Guide-Corrections-FIN-EN-Web.pdf> ; consulté le 6 septembre 2024.

Glaser, W., K. Deane. (1999). « Normalisation in an abnormal world: A study of prisoners with an intellectual disability », dans *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 43, n° 3, p. 338- 356.

Gulati, G., A. Cusack, S. Kilcommins et C. P. Dunne. (2020). « Intellectual disabilities in Irish prisons: Could Article 13 of the UNCRPD hold the key? », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 68, 101540. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101540.

Hassiotis, A., D. Gazizova, L. Akinlonu, P. Bebbington, H. Meltzer et A. Strydom. (2011). « Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales », dans *The British Journal of Psychiatry*, vol. 199, n° 2, p. 156-157.

Hellenbach, M., T. Karatzias et M. Brown. (2017). « Intellectual disabilities among prisoners: prevalence and mental and physical health comorbidities », dans *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 30, n° 2, p. 230-241.

Helverschou, S.B., K. Steindal, J.A. Nøttestad et P. Howlin. (2018). « Personal experiences of the criminal justice system by individuals with autism spectrum disorders », dans *Autism*, vol. 22, n° 4, p. 460–468. <https://doi.org/10.1177/1362361316685554>

Herrington, V. (2009). « Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners », dans *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 53, n° 5, p. 397-4

Hofvander, B., S. Bering, A. Tärnhäll, M. Wallinius et E. Billstedt. (2019). « Few differences in the externalizing and criminal history of young violent offenders with and without autism spectrum disorders », dans *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, article 911. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00911>

Holland, S. et P. Persson. (2011). « Intellectual disability in the Victorian prison system: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003-2006 », dans *Psychology, Crime & Law*, vol. 17, n° 1, p. 25-41.

Holloway, C. A., N. Munro, J. Jackson, S. Phillips, et D. Ropar. (2020). « Exploring the autistic and police perspectives of the custody process through a participative walkthrough », dans *Research in Developmental Disabilities*, vol. 97, article 103545. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103545>

Horn, M. L., D. J. Lutz et Missouri State University. (2016). « TRAUMATIC BRAIN INJURY IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM: IDENTIFICATION AND RESPONSE TO NEUROLOGICAL TRAUMA », dans *Applied Psychology in Criminal Justice*, vol. 12, n° 2, p. 72–73).

https://dev.cjcenter.org/_files/apcj/APCJ%20FALL%202016-final%20v12-2%20-%20Horn-Lutz.pdf_1481581552.pdf

Hunter, S., L. E. Kois, A. T. Peck, E. B. Elbogen et C. LaDuke. (2023). « The prevalence of traumatic brain injury (TBI) among people impacted by the criminal legal system: An updated meta-analysis and subgroup analyses », dans *Law and Human Behavior*, vol. 47, n° 5, p. 539–565.

<https://doi.org/10.1037/lhb0000543>

Hyun, E., L. Hahn et D. McConnell. (2014). « Experiences of people with learning disabilities in the criminal justice system », dans *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 42, n° 4, p. 308–314.

Jones, J. (2007). « Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system: Review of issues », dans *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 51, n° 6, p. 723–733.

King, V. J., A. Stevens, B. Nussbaumer-Streit, C. Kamel et C. Garritty (2022). « Paper 2: Performing rapid reviews », dans *Systematic Reviews*, vol. 11, n° 151. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02011-5>

Lange, S., C. Probst, G. Gmel, J. Rehm, L. Burd et S. Popova. (2017). « Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis », dans *JAMA Pediatrics*, vol. 171, n° 10, p. 948–956. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>

Lawton, T. et M. Huang. (2019). « Dynamic cognitive remediation for a Traumatic Brain Injury (TBI) significantly improves attention, working memory, processing speed, and reading fluency », dans *Restorative Neurology and Neuroscience*, vol. 37, n° 1, p. 71–86. <https://doi.org/10.3233/rnn-180856>

Lindsay, W. R., D. Carson, G. O'Brien, A. J. Holland, J. L. Taylor, J. R., Wheeler et L. Steptoe. (2014). « A comparison of referrals with and without autism spectrum disorder to forensic intellectual disability services », dans *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 21, n° 6, p. 947–954. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.918081>

Lindsay, W. R., A.H. Smith, K. Quinn, A. Anderson, A. Smith, R. Allan et J. Law. (2004). « Women with intellectual disability who have offended: characteristics and outcome », dans *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 48, n° 6, p. 580–590.

Loberg, M E. (2009). Dissertation. Victimization of Inmates with Intellectual Disability: A Qualitative Study. <https://commons.pacificu.edu/work/sc/a1d622c0-d56b-49e9-8133-1330081be1e5>

Mackay, A. (2015). « Human rights protections for people with mental health and cognitive disability in prisons », dans *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 22, n° 6, p. 842–868.

MacPherson, P. et A. E. Chudley. (March, 2007). « FASD in a correctional population: Preliminary results from an incidence study ». Présentation PowerPoint à la 2^e conférence internationale sur le syndrome d'alcoolisation fœtale : Research, Policy and Practice Around the World, Victoria, Colombie-Britannique.

Maenner, M. J. (2020). « Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network », 11 sites, États-Unis, 2016. MMWR, *Surveillance Summaries*, vol. 69.

Martinello, E. (2015). « Reviewing risks factors of individuals with intellectual disabilities as perpetrators

of sexually abusive behaviors », dans *Sexuality and Disability*, vol. 33, n° 2, p. 269–278. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9365-5>

May, P., C. Chambers, W. Kalberg, J. Zellner, H. Feldman, D. Buckley, D. Kopald, J. Hasken, R. Xu, G. Honerkamp-Smith, H. Taras, M. Manning, L. Robinson, M. Adam, O. Abdul-Rahman, K. Vaux, T. Jewett, A. Elliott, J. Kable et H. Hoyme. (2018). « Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities », *JAMA*, vol. 319, n° 5, p. 474–482. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2017.21896>

McCarthy, J., E. Chaplin, A. Forrester, L. Underwood, H. Hayward, J. Sabet, [...] D. Murphy. (2019). « Prisoners with neurodevelopmental difficulties: Vulnerabilities for mental illness and self-harm », dans *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 29, n° 5-6, p. 308–320. <https://doi.org/10.1002/cbm.2132>

McCreedy, E., L. Loomer, J.A. Palmer, S.L. Mitchell, A. Volandes et V. Mor. (2018). « Representation in the care planning process for nursing home residents with dementia », dans *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 19, n° 5, p. 415–421. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.01.004>

McGinley, A. et T. McMillan. (2019). « The prevalence, characteristics, and impact of head injury in female prisoners: A Systematic Prisma Review », *Brain Injury*, vol. 33, n° 13-14, p. 1581–1591. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658223>

McKinlay, A. M. Albicini. (2016). « Prevalence of traumatic brain injury and mental health problems among individuals within the criminal justice system », dans *Concussion*, vol. 1, n° 4. <https://doi.org/10.2217/cnc-2016-0011>

Mela, M., L. Wall, P. Buttinger, A. DesRoches et A. J. Wrath. (2022). « Rates and implications of fetal alcohol spectrum disorder among released offenders with mental disorder in Canada », dans *Behavioral Sciences & the Law*, vol.40, n° 1, p. 144–158. <https://doi.org/10.1002/bsl.2557>

Moyes, H. C. A., J.R. Heath et L.V. Dean. (2016). « What can be done to improve outcomes for prisoners with a dual diagnosis? », dans *Advances in Dual Diagnosis*, vol. 9, n° 1, p. 14-25.

Murphy, D. (2018). « Enhancing forensic interviews with individuals diagnosed with autism spectrum disorder », dans *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, vol. 18, n° 4, p. 333-346. <https://doi.org/10.1080/24732850.2018.1485018>

Newman, S. S., A. Cashin et V. Dickson-Swift. (2015). « Autism spectrum disorder in adults: A systematic review of prevalence studies », dans *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, vol. 7, n° 1, p. 41-51. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01257.x>

Nguyen, M., J. Mead et A. St. Ivany. (2022). « An injustice to the justice-involved », *Journal of Forensic Nursing*. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000400>

O'Brien, M. T. (2022). « Brain injury and prison: over-representation, prevention and reform », dans *Australian Journal of Human Rights*, vol. 28, n° 1, p. 1-20. <https://doi.org/10.1080/1323238x.2022.2093462>

O'Rourke, C., M. A. Linden, M. Lohan et J. Bates-Gaston. (2016). « Traumatic brain injury and co-occurring problems in prison populations: A systematic review », dans *Brain Injury*, vol. 30, n° 7, p. 839-854. <https://doi.org/10.3109/02699052.2016.1146967>

Parsons, S. et G. Sherwood. (2016). « Symbol sheets for detainees with autism spectrum disorder: Improving accessibility in the criminal justice system », dans *The British Journal of Learning Disabilities*,

vol. 44, n° 4, p. 287-295. <https://doi.org/10.1111/bld.12160>

Peraire, M., P. Cantos, M. Sampredo-Vidal, L. Bonet-Mora et F. Arnau-Peiró. (2023). « Characterization of autism spectrum disorder inside prison » dans *Revista espanola de sanidad penitenciaria*, vol. 25, n° 1, p. 30-39. <https://doi.org/10.18176/resp.00064>

Pérez-Crespo, L., A. Prats-Urbe, A. Tobías, E. Durán-Tauleria, R. Coronado, A. Hervás et M. Guxens. (2019). [Dataset] *Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in Catalonia, Spain*.

Peters, R. H., M. S. Young, E. C. Rojas et C.M. Gorey. (2017). « Evidence-based treatment and supervision practices for co-occurring mental and substance use disorders in the criminal justice system », dans *The American journal of drug and alcohol abuse*, vol. 43, n° 4, p. 475-488.

Popova, S., S. Lange, D. Bekmuradov, A. Mihic et J. Rehm. (2011). « Fetal Alcohol Spectrum Disorder Prevalence Estimates in Correctional Systems: A Systematic Literature review », dans *Can J Public Health*, vol. 102, n° 5, p. 336-340. <https://doi.org/10.1007/bf03404172>

Popova, S., S. Lange, L. Burd et J. Rehm. (2015). « Cost attributable to Fetal Alcohol Spectrum Disorder in the Canadian correctional system », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 41, p. 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.010>

Popova, S., S. Lange, K. Shield, L. Burd et J. Rehm. (2019). « Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis », dans *Addiction*, vol. 114, n° 7, p. 1150-1172. <https://doi.org/10.1111/add.14598>

Popova, S., S. Lange, K. Shield, A. Mihic, A.E. Chudley, R. a. S. Mukherjee, D. Bekmuradov et J. Rehm. (2016). « Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis », dans *The Lancet*, vol. 387, n° 10022, p. 978-987. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01345-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01345-8)

Ramos, S. D. S., J. Liddement, C. Addicott, D. Fortescue et M. Oddy. (2020). « The development of the brain injury screening index (BISI): A self-report measure », dans *Neuropsychological Rehabilitation*, vol. 30, n° 5, p. 948- 960. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1526692>

Robertson, J., H. Roberts, E. Emerson, S. Turner et R. Greig. (2011). « The impact of health checks for people with intellectual disabilities: a systematic review of evidence », dans *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, n° 11, p. 1009-1019.

Sala, R., M. S. Del Olmo et J. Gomez. (2019). *Sexual education and support for individuals with autism spectrum disorder*, *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 52, n° 1, p. 124-139. <https://doi.org/10.1002/jaba.535>

Setnik, L. et J. J. Bazarian. (2007). « The characteristics of patients who do not seek medical treatment for traumatic brain injury », dans *Brain Injury*, vol. 21, n° 1, p. 1-9. <https://doi.org/10.1080/02699050601111419>

Sevlever, M., M. Witte et L. Kaplan. (2013). « Sexual knowledge and risk of offending among autistic individuals », dans *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 43, n° 3, p. 641-649. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1583-8>

Simpson, A. I. F., C. Gerritsen, M. Maheandiran, V. Adamo, T. Vogel, L. Fulham, T. Kitt, A. Forrester et R. M. Jones. (2022). « A Systematic review of reviews of correctional mental health services using the STAIR framework », dans *Frontières en psychiatrie*, vol. 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747202>

Søndena, E., K. Rasmussen, T. Palmstierna, J. Nøttestad. (2008). « The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons », dans *Journal of intellectual disability research*, vol. 52, n° 12, p. 1129-1137.

Ståhlberg, O., H. Anckarsäter et T. Nilsson. (2010). « Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: Prevalences and treatment needs », dans *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 19, n° 12, p. 893-903. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0137-1>

Stewart, L. A., G. Wilton et J. Sapers. (2016). « Offenders with cognitive deficits in a Canadian prison population: Prevalence, profile, and outcomes », dans *International journal of law and psychiatry*, vol. 44, p. 7-14.

Stratton, K.R., C.J. Howe et F.C. Battaglia. (1996). « Fetal Alcohol Syndrome—Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment », dans *National Academy Press*, Washington DC.

Sullivan, A. L., A. J. Thayer et S. S. Sadeh. (2017). « Multisector involvement among adolescents with disabilities », dans *Remedial and Special Education*, vol. 39, n° 6, p. 353-364. <https://doi.org/10.1177/0741932517735574>

Sutherland, B. (2023). « Women With Learning Disabilities In Prison: What Else Needs To Be Done? A review of how the Prison Service supports female prisoners with learning disabilities », dans *Prison Service Journal*, vol. 266, p. 17-22.

Sutton, R., S. Baron-Cohen et P. Lutz. (2013). « Tailored treatment for sex offending behavior in autism spectrum disorders », dans *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 25, n° 2, p. 114-129. <https://doi.org/10.1177/1079063212457591>

Talbot, J. (2010). « Prisoners' voices: experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities », dans *Tizard Learning Disability Review*, vol. 15, n° 3, p. 33-41.

Underwood, L., M. Aro et M. A. O'Neill. (2016). « Neurodevelopmental disorders and their implications for forensic settings », dans *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 27, n° 3, p. 379-397. <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1154251>

Usher, A. M., L. A. Stewart et G. Wilton. (2013). « Attention deficit hyperactivity disorder in a Canadian prison population », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 36, n° 3-4, p. 311–315. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.005>

Wheatly, J. (2018). À : <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/lois-reglements-politiques/directives-commissaire/lignes-directrices/800-10.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). « 6A00 Disorders of intellectual development », International statistical classification of diseases and related health problems. Extrait le 5 septembre 2024 du site : <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#605267007>

Wouters, S. G. et A. A. Spek. (2011). « The use of the Autism-Spectrum Quotient in differentiating high-functioning adults with autism from those with personality disorders », dans *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 41, n° 6, p. 731-740. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1094-0>

Yukhnenko, D., S. Sridhar et S. Fazel. (2019). « A systematic review of criminal recidivism rates worldwide: 3-year update », dans *Wellcome Open Research*, vol. 4, n° 28. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14970.2>