



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Etude de l'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus incarcérées au centre de détention de Bapaume et à la maison d'arrêt d'Arras

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2018 à 16h00
au Pôle Recherche

Par Brahim ATTANOUTI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Marie CHEVELLE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ATTANOUTI Brahim

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ADL : Activities of daily living
ADMR : Aide à domicile en milieu rural
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
AP : Administration pénitentiaire
AVQ : Actes de la vie quotidienne
BVED : Bien vieillir en détention
CD : Centre de détention
CHA : Centre hospitalier d'Arras
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
HTA : Hypertension artérielle
IADL : Instrumental activities of daily living
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
JAP : Juge d'application des peines
MA : Maison d'arrêt
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PADL : Prison activities of daily living
PMR : Personne à mobilité réduite
SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SNCG : Syndicat national de gérontologie clinique
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SPMR : Suspension de peine pour raison médicale
UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires
US : Unité sanitaire

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES	6
1. Schéma d'étude	6
2. Cadre de l'étude	6
2.1 La maison d'arrêt d'Arras.....	6
2.2 Le centre de détention de Bapaume.....	7
3. Population de l'étude et échantillonnage	8
3.1 Population cible	8
3.2 Population source	8
3.3 Technique d'échantillonnage	8
4. Déroulement de l'étude	9
5. Traitement des données et analyses statistiques	9
6. Considérations éthiques et déclaration CNIL	10
RESULTATS	11
1. Données générales	11
1.1 Genre	12
1.2 Age	12
2. Pathologies, traitements et déficits sensoriels	15
2.1 Pathologies chroniques	15
2.2 Traitements.....	16
2.3 Déficiets sensoriels	20
3. Chutes	23
4. Activités	24
5. Aides	26
5.1 Aides humaines	26
5.2 Aides techniques	27
6. Incarcération	29
7. Administratif et social	31
7.1 Demande de SPMR.....	31
7.2 Demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	31
7.3 Reconnaissance de handicap ou d'invalidité.....	31
7.4 Mesures de protection	32

DISCUSSION	33
1. Critique de la méthodologie	33
1.1 Forces de l'étude	33
1.2 Limites de l'étude	33
1.3 Choix de la limite d'âge.....	34
1.4 Choix de la grille AGGIR.....	34
2. Analyse des résultats descriptifs	36
2.1 Genre et âge.....	36
2.2 Evaluation de l'autonomie.....	37
2.3 Pathologies	38
2.4 Traitements.....	39
2.5 Déficits sensoriels	41
2.6 Chutes	43
2.7 Activités	43
2.8 Aides humaines et matérielles.....	44
2.9 Administratif et social.....	45
3. Mesures existantes	46
4. Conclusion	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
ANNEXES	58

RESUME

Contexte : Depuis trois décennies, nous assistons à un vieillissement de la population carcérale. Les personnes incarcérées sont plus vulnérables et plus exposées aux phénomènes de vieillissement que la population générale. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'autonomie des personnes âgées de plus de 55 ans incarcérées à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume. Les objectifs secondaires étaient de décrire les facteurs associés à la perte d'autonomie, les aides mises en place et le nombre de demandes de suspension de peine pour raison médicale.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive transversale prospective monocentrique, au sein des établissements pénitentiaires rattachés au centre hospitalier d'Arras. Au cours des mois de juin et juillet 2018, les participants ont répondu à un questionnaire qui reprenait la grille AGGIR et collectait d'autres renseignements, notamment médicaux.

Résultats : Cent quarante-quatre patients ont participé à l'étude, parmi eux 20,8% (n=30) étaient considérés en perte d'autonomie avec un GIR \leq 4. Les principales difficultés retrouvées concernaient la marche, les transferts et le ménage en cellule. Les facteurs associés à la perte d'autonomie étaient l'âge, les pathologies métaboliques, endocriniennes, neurologiques et neurodégénératives, la consommation de médicaments, la gêne auditive ($p < 0,05$), la polymédication et la survenue de chute ($p < 0,01$). Vingt-trois personnes (16%) bénéficiaient d'une aide humaine, les principaux aidants étaient les codétenus. Cinquante-six patients (38,9%) estimait que leur autonomie s'était dégradée au cours de la détention. Cependant, la durée d'incarcération n'était pas significativement liée à la perte d'autonomie ($p = 0,808$).

Conclusion : La prévalence des patients en perte d'autonomie incite à sensibiliser tous les intervenants en milieu pénitentiaire au vieillissement et à ses conséquences. Il est essentiel de mettre en place une filière de soins spécialisée et d'orienter précocement les patients le nécessitant.

INTRODUCTION

Les pays développés dont la France sont actuellement confrontés à un vieillissement de leur population. Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs parmi lesquels, l'augmentation de l'espérance de vie, la baisse du taux de mortalité, la baisse de la fécondité et l'avancée en âge de la génération du baby-boom (1)(2).

En 1990, il y avait 19% de personnes de plus de 60 ans dans la population française contre 25.6% en 2018 (3). Ces chiffres continuent à croître et les prévisions actuelles estiment qu'en 2050, un tiers de la population sera âgé de 60 ans ou plus (3).

Afin de faire face à ce phénomène de vieillissement global, le cadre légal a évolué au fil des années pour s'adapter aux besoins des personnes. La prise en charge des sujets âgés dépendants est devenu un véritable problème de santé publique, si bien qu'un certain nombre de dispositifs d'aides, de protection, de soins ou d'hébergement a été mis en place (4)(5).

Les principales mesures existantes visent à pallier le manque d'autonomie de ces personnes, en proposant des aides financières, techniques ou humaines. En effet, l'âge est directement corrélé à la perte d'autonomie (6).

Sur le plan étymologique, la notion d'autonomie renvoie aux termes *autos* « soi-même » et *nomos* « lois ». Elle désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi-même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices. Elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement(7).

Il n'y a pas de seuil d'âge officiel à partir duquel on peut parler de personne âgée ou gériatrique. Cependant, les éléments de la littérature retiennent souvent l'âge de 65 ans lorsqu'il s'agit d'étudier la population dite âgée, même si actuellement ce chiffre tend à être revu à la hausse (8). Pour la population carcérale, ce seuil est abaissé de 10 voire 15 ans selon les études (9)(10)(11).

En effet, de nombreuses études montrent que les personnes incarcérées sont plus vulnérables et présentent souvent des comorbidités (12)(13), entraînant de ce fait une fragilisation et un vieillissement précoce (9)(14). Plusieurs facteurs expliquant ce phénomène ont été identifiés, notamment le profil des personnes incarcérées qui sont souvent issues de milieux sociaux défavorisés, avec plus de comportements à risque et moins de suivi médical et les conditions de vie difficiles en détention (9)(15).

En milieu carcéral, le phénomène de vieillissement est également constaté. Il est même plus prononcé que dans la population générale. Outre les critères démographiques applicables à l'ensemble de la population, d'autres facteurs expliquent ce vieillissement, notamment la modification de la législation relative au délai de prescription pour les crimes et délits sexuels, qui a conduit à l'incarcération de personnes plus âgées. L'élévation de l'échelle des peines avec les nouvelles dispositions du Code pénal ainsi que la diminution des libérations conditionnelles sont d'autres facteurs (16).

Les statistiques montrent une nette augmentation de l'âge moyen des détenus et de la proportion de détenus âgés. En 1990, 5% de la population écrouée était âgée de plus de 50 ans. En 2015, cette proportion atteint 12%. L'âge moyen de la population écrouée a également sensiblement augmenté, passant de 30,1 ans à 34,6 ans sur la même période (17)(18).

En France, la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale transfère la responsabilité des soins des personnes détenues de l'administration pénitentiaire (Ministère de la justice) au service public hospitalier (Ministère de la santé). Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) au sein des établissements pénitentiaires sont alors créées, renommées depuis unités sanitaires (US) (19). Elles sont composées d'équipes pluridisciplinaires avec des médecins, infirmiers diplômés d'état (IDE), psychologues, psychiatres et autres acteurs médicaux et paramédicaux. Leurs personnels sont salariés de l'hôpital (20). Des conventions sont également signées avec des établissements de référence pour l'accès aux soins non programmés, au plateau technique et aux consultations spécialisées (21). Les détenus et leurs ayants droits sont pris en charge par le régime de la sécurité sociale (22).

Le comité des ministres du Conseil de l'Union Européenne a recommandé de fournir aux personnes incarcérées des soins d'une qualité équivalente au reste de la population(23). Cependant, différentes études menées sur les populations carcérales montrent que les soins ou aides proposés aux détenus sont souvent jugés insuffisants ou inadaptés (9)(24).

Il existe en France différents types d'établissements pénitentiaires, accueillant des profils différents de détenus (25). Ces établissements sont classés en deux grandes catégories :

Les maisons d'arrêt (MA) :

Au nombre de 86, elles reçoivent les personnes prévenues ou en détention provisoire (en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans. Ce sont les établissements les plus confrontés au problème de surpopulation carcérale (26).

Les établissements pour peine :

Au nombre de 94, ils sont divisés en six maisons centrales, 27 centres de détention, 11 centres de semi-liberté, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent. Il existe 50 centres pénitentiaires qui sont des établissements mixtes, comprenant au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Les **maisons centrales** accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou étant considérées comme les plus dangereuses. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité.

Les **centres de détention (CD)** accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues.

Les **centres de semi-liberté** reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle ou autre.

Les personnes incarcérées font l'objet d'un suivi social par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui a pour objectif de préparer les détenus à leur sortie, dans le but de faciliter leur réintégration dans la société et diminuer le risque de récidive.

Le vieillissement et la perte d'autonomie sont des problèmes de santé publique, le sujet a peu été étudié en France chez les patients détenus. Il nous a donc semblé pertinent de travailler sur ce phénomène en milieu carcéral.

Notre étude a été menée au sein de la maison d'arrêt d'Arras et du centre de détention de Bapaume. Les US de ces établissements dépendent toutes deux du centre hospitalier d'Arras (CHA).

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus, incarcérées dans les deux établissements pénitentiaires rattachés au CHA.

Les objectifs secondaires sont :

- Étudier les facteurs associés à la perte d'autonomie ;
- Décrire les aides humaines, matérielles et sociales mises en place ;
- Décrire le nombre de demandes de suspension de peine pour raisons médicales.

MATERIEL ET METHODES

1. Schéma d'étude

Nous avons mené, de mai à juillet 2018, une étude descriptive transversale prospective monocentrique, au sein des deux établissements pénitentiaires rattachés au CHA sur le plan sanitaire.

2. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les deux établissements pénitentiaires rattachés au CHA : la maison d'arrêt d'Arras et le centre de détention de Bapaume.

2.1 La maison d'arrêt d'Arras

La maison d'arrêt d'Arras, d'une capacité de 209 places pour 57 cellules hébergeait au 1^{er} juillet 2018, 192 détenus(27). Au moment du recueil, la MA ne souffrait pas de surpopulation. Elle ne dispose pas de cellule individuelle hormis au quartier réservé aux arrivants. La plupart des détenus est en régime fermé et passe la majeure partie du temps en cellule, les sorties étant restreintes. La population carcérale y est jeune.

Les ressources humaines au sein de l'US de la MA d'Arras sont les suivantes (chiffres au 31/12/2016) : 0,3 ETP médecin généraliste, 4,4 ETP IDE, 0,2 ETP dentiste, 0,3 ETP psychiatre, 0,1 ETP dermatologue, 1,9 ETP psychologue, 0,8 ETP IDE dédié aux activités thérapeutiques, 0,5 ETP secrétaire médicale et 0,5 ETP cadre de santé. L'US est ouverte du lundi au vendredi aux heures ouvrables, une présence infirmière est assurée le samedi et dimanche matin.

2.2 Le centre de détention de Bapaume

Le centre de détention de Bapaume dispose d'une capacité de 599 places pour 532 cellules réparties en cinq ailes de 100 places pour les hommes et une aile de 99 places pour les femmes. Parmi ces cellules, trois sont adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR) (comprenant des espaces plus larges permettant l'accès en fauteuil roulant et une douche individuelle). Au 1^{er} juillet 2018, l'établissement accueillait 539 détenus (27). La plupart des détenus sont libres de déambuler au sein des espaces communs de l'établissement durant la journée hormis aux heures de repas. La population est sensiblement plus âgée au sein du CD de Bapaume qu'à la MA d'Arras.

Les ressources humaines au sein de l'US du CD de Bapaume sont les suivantes (chiffres au 31/12/2016) : 0,8 ETP médecin généraliste, 6 ETP IDE, 0,8 ETP dentiste, 0,6 ETP psychiatre, 0,3 ETP médecin spécialiste (dermatologue, gynécologue et médecin rééducateur), 3,5 ETP psychologue, 0,2 ETP kinésithérapeute, 1 ETP secrétaire médicale et 0,5 ETP cadre de santé. L'US est ouverte du lundi au vendredi aux heures ouvrables, une présence infirmière est assurée le samedi et dimanche matin.

Face au vieillissement de la population carcérale du CD de Bapaume, un programme nommé « Bien vieillir en détention » (BVED) a été mis en place par la direction de l'établissement.

Ce programme comprend des activités physiques, manuelles, sociales ou intellectuelles parmi lesquelles : le jardinage, la poterie, la chorale, l'activité physique adaptée et l'atelier mémoire.

Ces activités s'adressent en priorité aux personnes de plus de 60 ans, une dérogation est accordée pour les personnes de plus de 50 ans considérées comme fragiles. L'information de l'existence de ces activités est délivrée lors de l'accueil des détenus au sein du CD, une demande d'inscription doit alors être formulée par le détenu s'il est intéressé.

3. Population de l'étude et échantillonnage

3.1 Population cible

Elle est constituée par toutes les personnes âgées de 55 ans et plus incarcérées en France.

3.2 Population source

La population source était les détenus âgés de 55 ans et plus présents dans les établissements identifiés pour l'étude, pendant la période d'étude.

3.3 Technique d'échantillonnage

3.3.1 Critères d'inclusion

Tout patient âgé de 55 ans ou plus, incarcéré au CD de Bapaume ou à la MA d'Arras et ayant donné son consentement, était éligible pour participer à l'étude.

3.3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient le refus de participer à l'étude et l'absence pendant la période de recueil.

3.4 Recueil de données

Un questionnaire standardisé a été élaboré en collaboration avec un comité de pilotage constitué des Docteurs Enayet EDUN, Koffi KOMLANVI, Philippe PEGORIER et Marie CHEVELLE. Il a été pré-testé auprès d'une dizaine de patients puis modifié et validé pour l'étude.

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties portant sur (Annexe 1) :

- Les caractéristiques démographiques (âge et sexe) ;
- La grille AGGIR avec adaptation de la formulation de certains items au milieu carcéral ;
- Les antécédents, déficits sensoriels et traitements ;
- Les aides humaines ;
- Les aides techniques ;
- L'incarcération et le volet socio-administratif.

4. Déroulement de l'étude

Les patients ont été préalablement informés de la mise en place de l'étude par le biais d'un affichage au sein de l'US et en détention expliquant les modalités et objectifs de ce travail (Annexe 2). Le personnel soignant des US a contribué à informer les patients répondant aux critères d'inclusion. Chacun des patients ayant donné son consentement pour participer à l'étude a signé une fiche de consentement éclairé. La fiche de consentement était remise avec une lettre d'information (Annexe 3) reprenant de façon plus détaillée les objectifs et modalités de l'étude.

Un entretien individuel a été proposé à chaque patient afin de recueillir les informations dans une salle dédiée au sein des US. Le consentement était recueilli au cours de cet entretien et la lettre d'information était lue pour ceux qui ne pouvaient le faire seul. Pour les trois patients qui étaient sous tutelle, le consentement a également été recueilli auprès de leurs tuteurs.

Les antécédents et les traitements en cours étaient collectés dans le dossier médical papier des patients. Hormis ces items, l'intégralité du questionnaire était renseignée de manière déclarative.

Les entretiens se sont déroulés au cours des mois de juin et juillet 2018 et ont été menés par une seule personne.

5. Traitement des données et analyses statistiques

Les questionnaires ont été saisis dans une base de données sous Microsoft Excel version 15.40, sécurisée par un mot de passe.

En analyse descriptive, les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages, les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et écart-type.

Des analyses bi-variées pour la recherche d'une association significative entre les différentes variables recueillies ont été réalisées. Les tests de comparaison des

variables qualitatives ont été effectués en utilisant les tests du Chi 2 ou de Fisher et les tests de comparaison des variables quantitatives ont été réalisés par le test t de Student ou par des analyses de variances. Le seuil de signification a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel SPSS version 16.0.

6. Considérations éthiques et déclaration CNIL

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avec l'appui de Mme Jayet du CHA (Annexe 4).

L'étude a reçu l'aval des directions des deux établissements pénitentiaires et de la Direction Interrégionale des services pénitentiaires des Hauts de France.

L'anonymat a été respecté avec une procédure d'anonymisation des données.

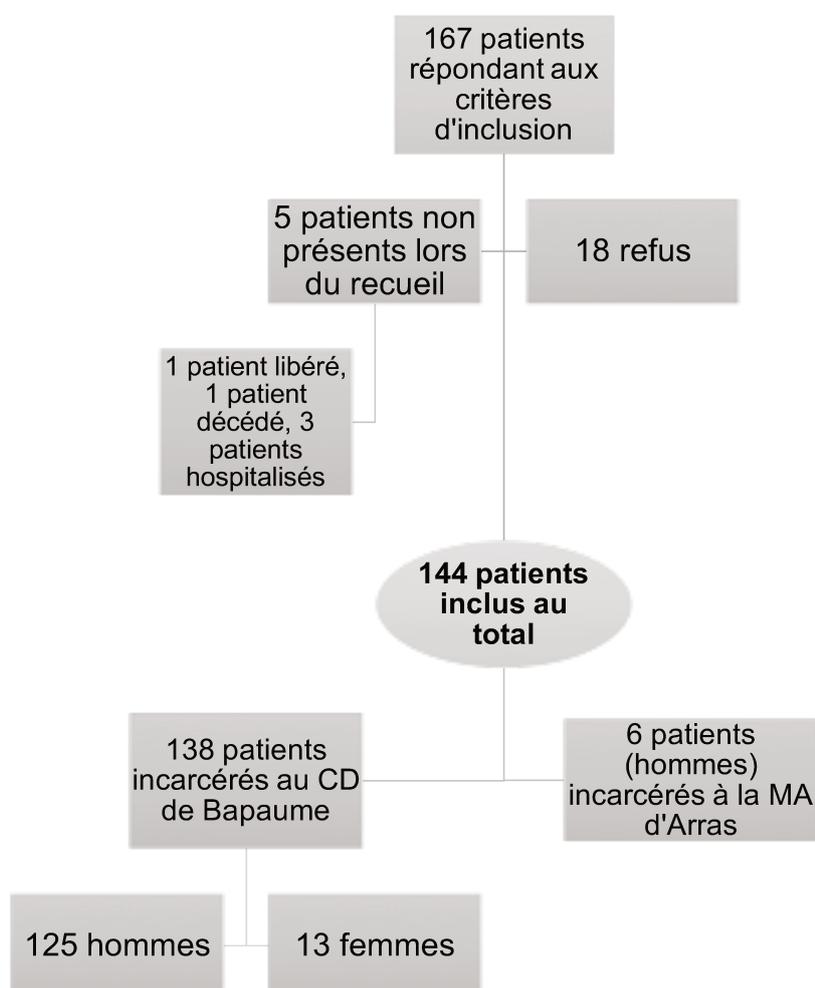
RESULTATS

1. Données générales

Avant de débiter le recueil, 167 patients répondaient aux critères d'inclusion. 160 étaient incarcérés au CD de Bapaume et 7 l'étaient à la MA d'Arras.

Au total, 144 patients ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 86,2% (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme des flux



La population a été divisée en deux sous-groupes, un groupe dont les patients étaient évalués en Groupes Iso Ressources (GIR) 5 et 6 que nous nommerons dans ce travail « groupe autonome » et un groupe regroupant les patients classés GIR 1 à 4 que nous nommerons « groupe non autonome ».

1.1 Genre

Parmi les répondants, 131 étaient des hommes et 13 étaient des femmes (Tableau 1). Aucun lien significatif n'a pu être établi entre le sexe et la perte d'autonomie ($p=0,101$).

Tableau 1 : répartition des genres

	Total (n=144)	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)
Hommes	131 (91,0%)	108 (93,0%)	25 (83,3%)
Femmes	13 (9,0%)	8 (7,0%)	5 (16,7%)
Sex-ratio	10,08	13,25	5

1.2 Age

L'âge moyen des répondants était de 62,8 +/- 6,8 ans (55-90), avec une médiane à 60,5 ans.

L'âge moyen au sein du groupe autonome était de 61,6 +/- 5,7 (55-81), avec une médiane à 60,0 ans.

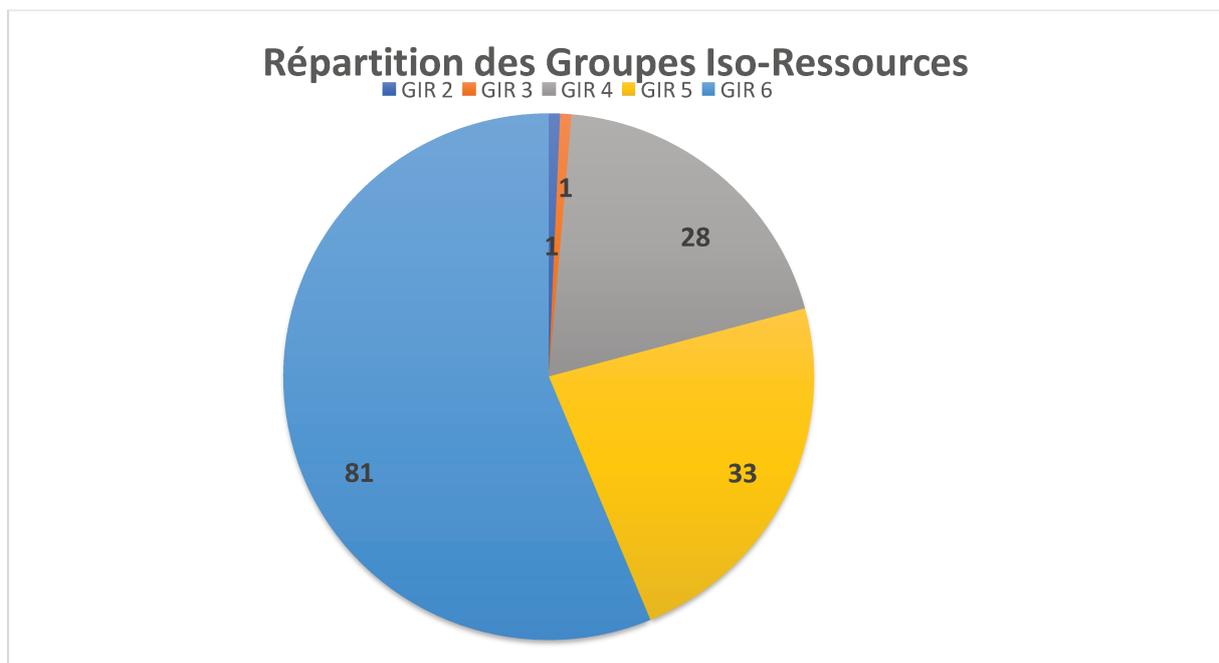
L'âge moyen au sein du groupe non autonome était de 67,0 +/- 9,0 (55-90), avec une médiane à 68.

Un lien statistique significatif a pu être établi entre l'âge et le fait d'appartenir au groupe non autonome ($p<0,05$).

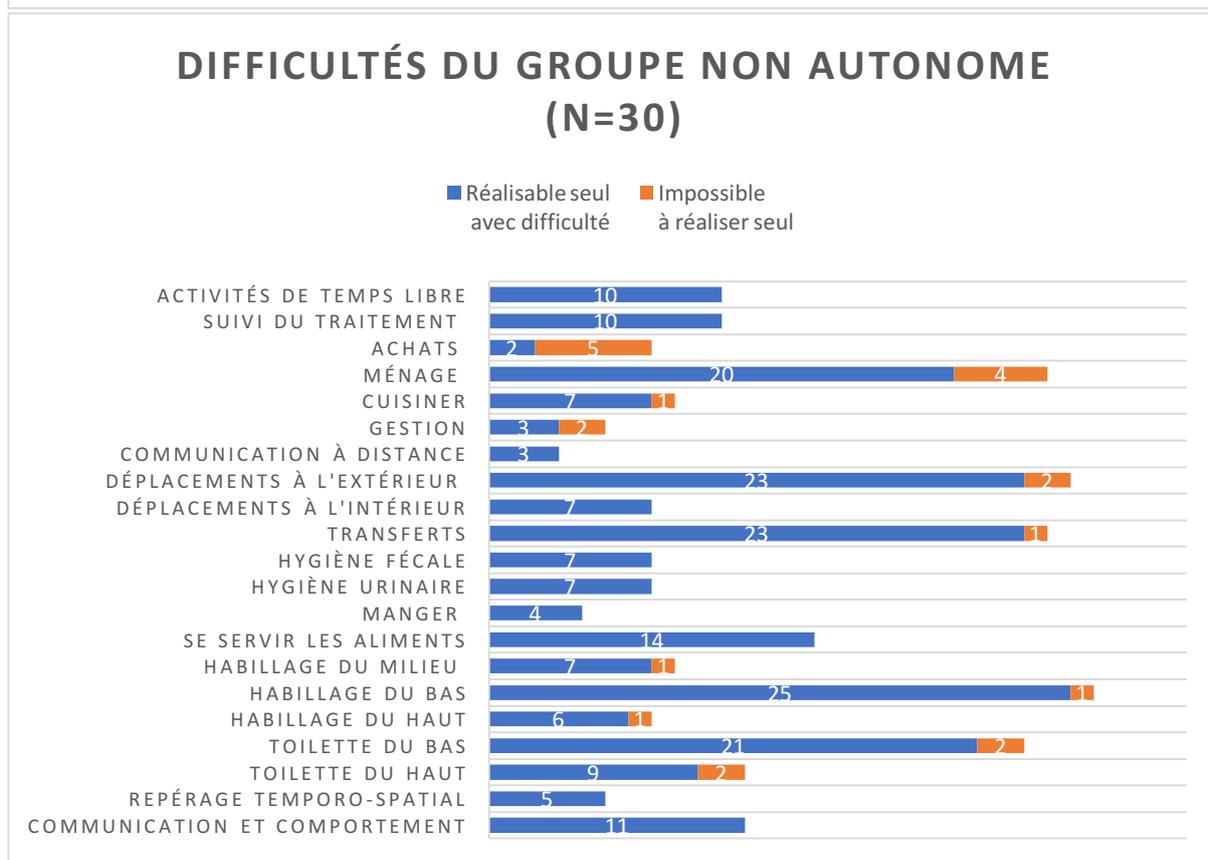
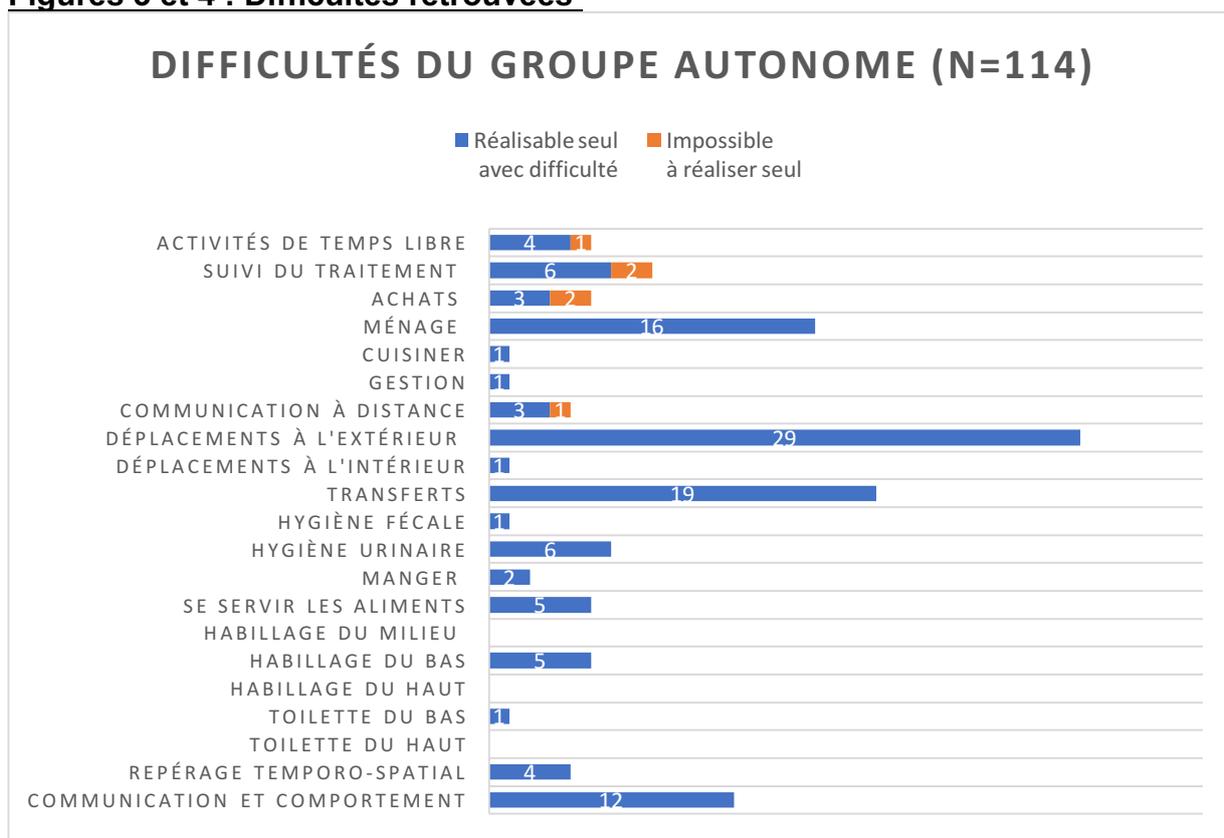
2. Grille AGGIR

Sur les 144 patients interrogés, un était classé en GIR 2, un en GIR 3, 28 en GIR 4, 33 en GIR 5 et 81 en GIR 6 (Figure 2).

Figure 2 : Répartition des Groupes Iso-Ressources



Les principales difficultés retrouvées concernaient la marche à l'extérieur, les transferts et le ménage en cellule pour l'ensemble des participants. Des déficiences pour la toilette et l'habillage du bas étaient souvent retrouvées dans le groupe non autonome (Figures 3 et 4).

Figures 3 et 4 : Difficultés retrouvées ¹

¹ Les participants n'éprouvant pas de difficulté à effectuer ces actes n'apparaissent pas dans le graphique.

3. Pathologies, traitements et déficits sensoriels

3.1 Pathologies chroniques

Parmi les patients, 131 (91%) étaient suivis pour une ou plusieurs maladies chroniques et parmi eux 130 prenaient un traitement au long cours. Treize patients soit 9% non suivis pour des pathologies chroniques, ne prenaient aucun traitement.

Dans le groupe autonome, 88,6% (n=101) étaient suivis pour une maladie chronique. Le taux était de 100% (n=30) dans le groupe non autonome.

Les principales pathologies retrouvées étaient les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies métaboliques et endocriniennes et les pathologies psychiatriques (Figure 5).

Aucun lien statistique significatif n'a été retrouvé entre le fait d'être suivi pour une maladie chronique en général et la perte d'autonomie. Il existait une différence significative entre les deux sous-groupes pour les maladies neurologiques et neurodégénératives et pour les maladies métaboliques et endocriniennes (Tableau 2).

Figure 5 : Pathologies retrouvées

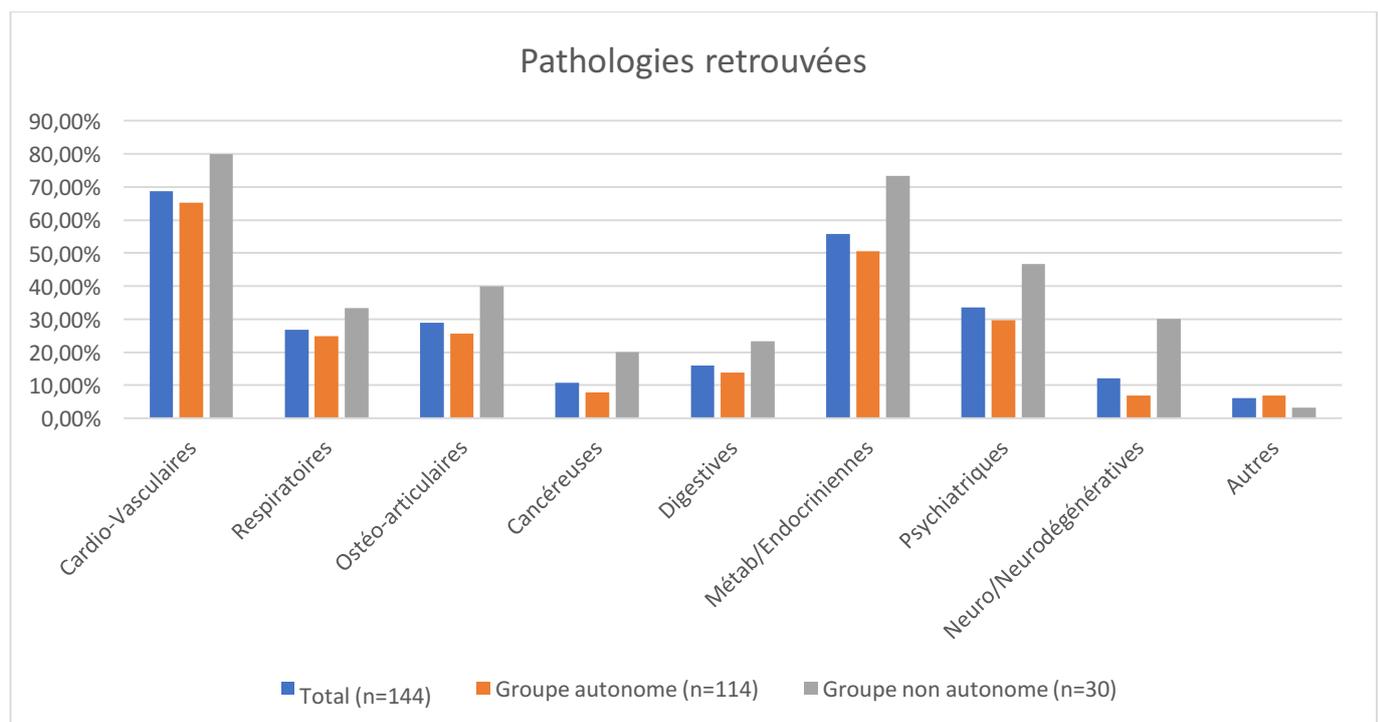


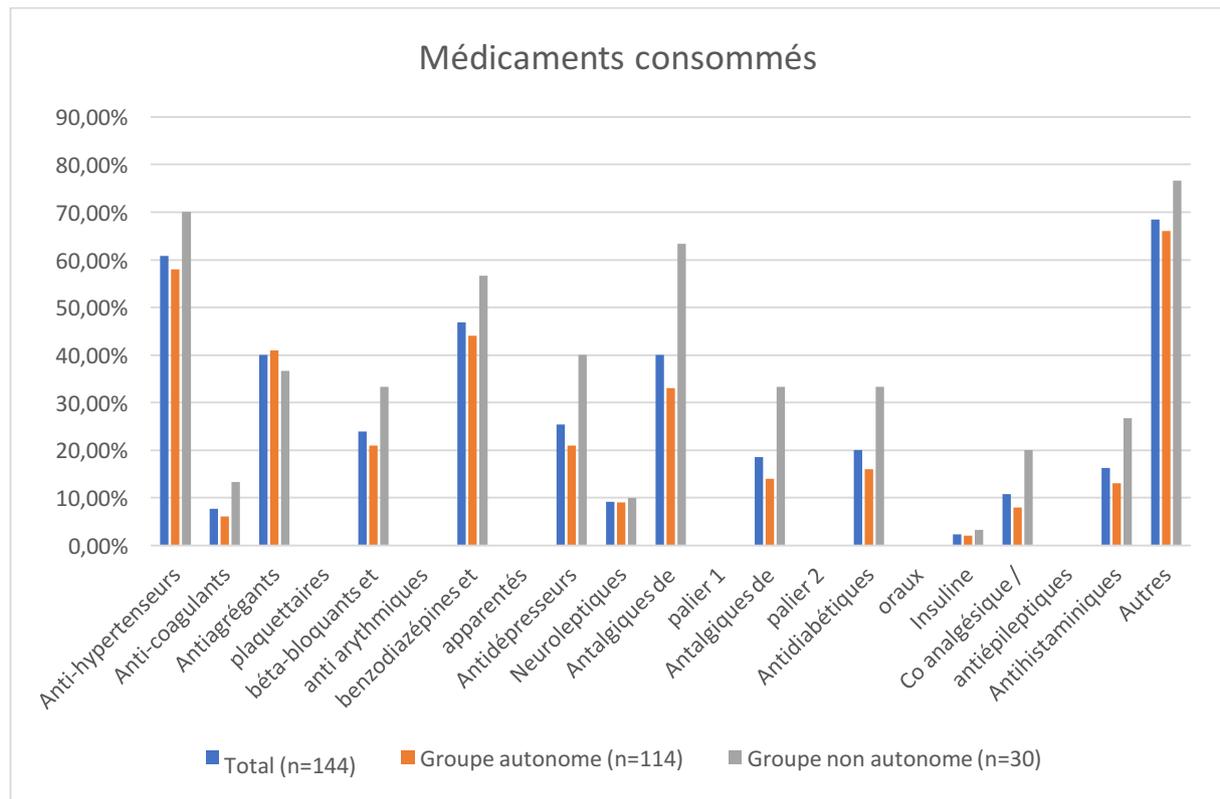
Tableau 2 : Différences entre les sous-groupes pour les pathologies

Pathologie	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)	p-value
Toutes pathologies	101 (88,6%)	30 (100%)	$p=0,052$
Cardio-vasculaire	66 (65,3%)	24 (80%)	$p=0,129$
Respiratoire	25 (24,8%)	10 (33,3%)	$p=0,351$
Musculo squelettique	26 (25,7%)	12 (40%)	$p=0,131$
Cancéreuse	8 (7,9%)	6 (20%)	$p=0,60$
Digestive	14 (13,9%)	7 (23,3%)	$p=0,214$
Métabolique/Endoc	51 (50,5%)	22 (73,3%)	$p<0,05$
Psychiatrique	30 (29,7%)	14 (46,7%)	$p=0,84$
Neuro/Neurodégénérative	7 (6,9%)	9 (30%)	$p\leq 0,01$
Autres	7 (6,9%)	1 (3,3%)	$p=0,470$

3.2 Traitements

Cent trente patients (90,3%) suivaient un traitement au long cours. Ce taux s'élevait à 87,7% (n=100) chez les autonomes et 100% (n=30) au sein du groupe non autonome.

Les classes de médicaments les plus consommées étaient les anti hypertenseurs prescrits pour 79 patients (60,8%), les antiagrégants plaquettaires avec 52 patients (40%), les benzodiazépines et apparentés avec 61 patients (46,9%) et les antalgiques de palier 1 avec 52 patients (40%). La catégorie « autres » regroupait toutes les autres classes dont les plus retrouvées étaient les statines et les anti asthmatiques (Figure 6).

Figure 6 : Médicaments consommés

Il existait une différence significative entre les deux sous-groupes concernant la prise d'un traitement au long cours de manière générale. Cette différence était également retrouvée pour la consommation d'antidépresseurs, d'antalgiques et d'antidiabétiques oraux (Tableau 3).

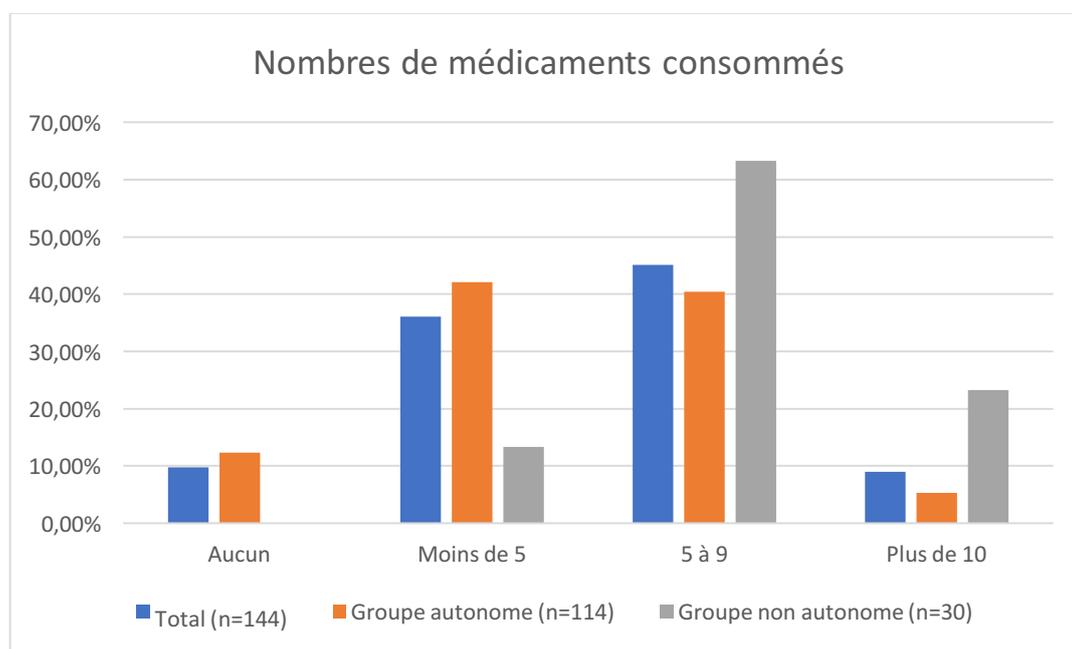
Tableau 3 : Différences entre les sous-groupes pour les traitements

Traitement long cours	au Groupe autonome (n=114)	Groupe autonome (n=30)	non autonome (n=30)	p-value
Tous traitements	100 (87,7%)	30 (100%)	30 (100%)	<i>p</i><0,05
Antihypertenseurs	58 (58%)	21 (70%)	21 (70%)	<i>p</i> =0,238
Anticoaguants	6 (6%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	<i>p</i> =0,186
Anti agrégants plaq.	41 (41%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)	<i>p</i> =0,671
Bétabloquants	21 (21%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)	<i>p</i> =0,164
Anti arythmiques	21 (21%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)	<i>p</i> =0,164
Benzodiazepines et app.	44 (44%)	17 (56,7%)	17 (56,7%)	<i>p</i> =0,223
Antidépresseurs	21 (21%)	12 (40%)	12 (40%)	<i>p</i><0,05
Neuroleptiques	9 (9%)	3 (10%)	3 (10%)	<i>p</i> =0,868

Antalgiques palier 1	33 (33%)	19 (63,3%)	$p < 0,05$
Antalgiques palier 2	14 (14%)	10 (33,3%)	$p < 0,05$
Anti diabétiques oraux	16 (16%)	10 (33,3%)	$P < 0,05$
Insuline	2 (2%)	1 (3,3%)	$p = 0,670$
Coanalgésiques	8 (8%)	6 (20%)	$p = 0,063$
Antihistaminiques	13 (13%)	8 (26,7%)	$p = 0,74$
Autres	66 (66%)	23 (76,7%)	$p = 0,270$

Soixante-dix-huit patients (45,1%) consommait au moins cinq médicaments différents par jour. Cette proportion était de 86,6% chez les patients non autonomes (Figure 7).

Figure 7 : Nombre de médicaments différents consommés quotidiennement



Il existait une différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes concernant le nombre de médicaments consommés quotidiennement (Tableau 4).

Tableau 4 : Différence entre les deux sous-groupes concernant le nombre de médicaments

Nombre de médic. par jour	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)	p-value
Aucun	14 (12,3%)	0 (0%)	$p < 0,01$
De 1 à 4	48 (42,1%)	4 (13,3%)	$p < 0,01$
De 5 à 9	46 (40,4%)	19 (63,3%)	$p < 0,01$
10 et plus	6 (5,3%)	7 (23,3%)	$p < 0,01$

La délivrance des médicaments était effectuée de manière mensuelle pour la majorité des patients (67,7%). Dans le groupe des patients non autonomes, la délivrance mensuelle concernait 14 patients (46,7%) (Figure 8 et 9).

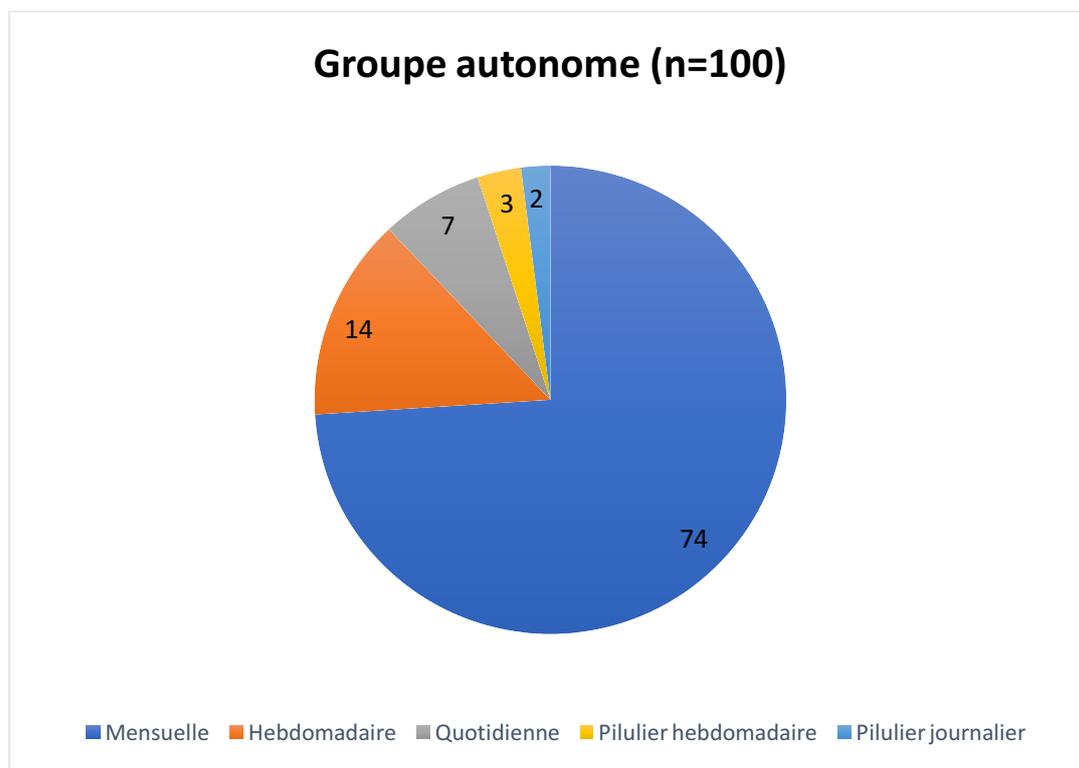
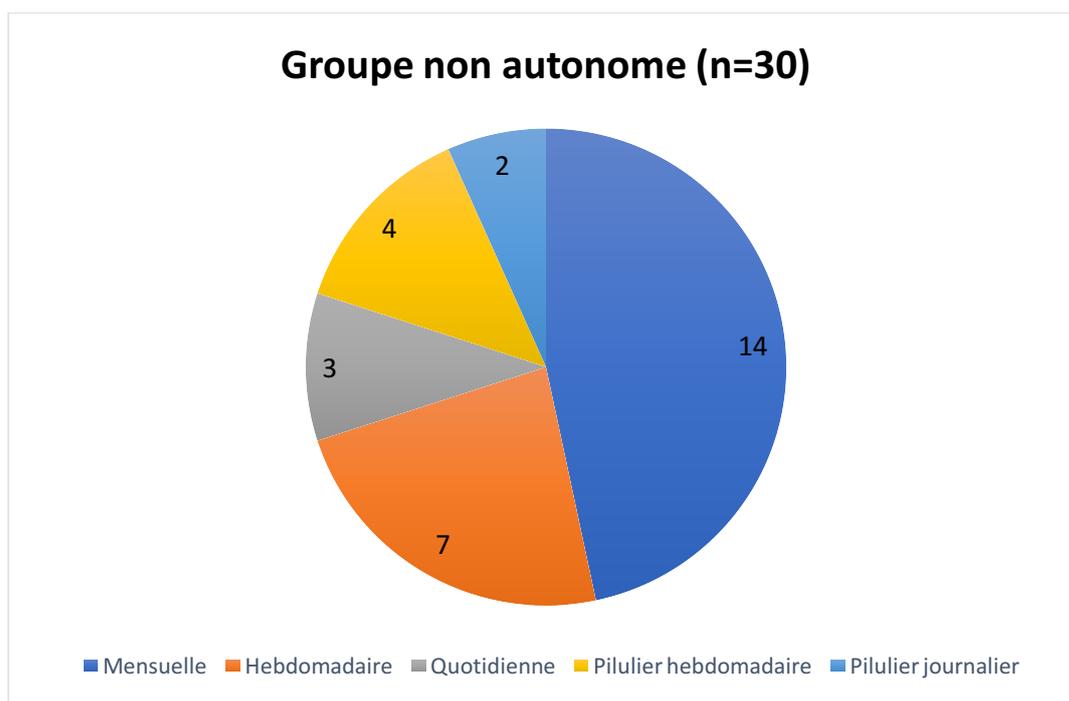
Figure 8 : Délivrance du traitement pour le groupe autonome

Figure 9 : Délivrance du traitement pour le groupe non autonome

3.3 Déficits sensoriels

3.3.1 Vue

Sept patients (4,9%) déclaraient ne ressentir aucune gêne visuelle. Parmi eux, un appartenait au groupe non autonome (Tableau 5).

Tableau 5 : Problèmes de vue

Gêne de vue ressentie	Total (n=144)	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)
Aucune gêne	7 (4,9%)	6 (5,3%)	1 (3,3%)
Gêne légère	38 (26,4%)	30 (26,3%)	8 (26,7%)
Gêne modérée	74 (51,4%)	61 (53,5%)	13 (43,3%)
Gêne importante	25 (17,3%)	17 (14,9%)	8 (26,7%)

Sur les 144 répondants, 129 (89,6%) déclaraient porter des lunettes, les proportions étaient similaires dans les deux sous-groupes. Parmi eux, 58 (45%) estimaient qu'elles étaient correctement adaptées à leur vue (Tableau 6).

Tableau 6 : Lunettes adaptées à la vue

Lunettes adaptées	Total (n=129)	Groupe autonome (n=102)	Groupe non autonome (n=27)
Oui	58 (45,0%)	47 (46,1%)	11 (40,7%)
Non	71 (55,0%)	55 (53,9%)	16 (59,3%)

3.3.2 Audition

Cinquante-six patients (38,9%) déclaraient ressentir une gêne auditive (Tableau 7). Onze patients (7,6%) possédaient un appareil auditif dont six appartenant au groupe non autonome.

Tableau 7 : Problèmes d'audition

Gêne d'audition ressentie	Total (n=144)	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)
Aucune gêne	88 (61,1%)	77 (67,5%)	11 (36,7%)
Gêne légère	33 (22,9%)	24 (21,1%)	9 (30,0%)
Gêne modérée	18 (12,5%)	11 (9,6%)	7 (23,3%)
Gêne importante	5 (3,5%)	2 (1,8%)	3 (10,0%)

Nous avons retrouvé un lien significatif entre la gêne auditive et la perte d'autonomie (tableau 8).

Tableau 8 : Différences entre les deux sous-groupes concernant l'audition

Gêne auditive ressentie	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)	p-value
Gêne auditive	37 (32,5%)	19 (63,3%)	$p < 0,05$
Légère	24 (21,1%)	9 (30%)	
Modérée	11 (9,6%)	7 (23,3%)	
Importante	2 (1,8%)	3 (10%)	

Six (54,5%) patients estimaient que leurs appareils auditifs étaient adaptés (Tableau 9).

Tableau 9 : Appareils auditifs adaptés et fonctionnels

Appareil auditif adapté	Total (n=11)	Groupe autonome (n=6)	Groupe non autonome (n=5)
Oui	6 (54,5%)	3 (50,0%)	3 (60,0%)
Non	5 (45,5%)	3 (50,0%)	2 (40,0%)
Effectif	11	6	5

3.3.3 Mastication

Les difficultés de mastication étaient exprimées par 53 (36,8%) des participants à l'étude (Tableau 10). Environ la moitié soit 73 patients (50,7%) déclaraient porter ou posséder un appareil dentaire, les proportions étaient similaires dans les deux sous-groupes. Dans deux tiers des cas il s'agissait d'un appareil dentaire haut et bas.

Tableau 10 : Difficultés de mastication

Gêne de mastication ressentie	Total (n=144)	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)
Aucune gêne	91 (63,2%)	78 (68,4%)	13 (43,3%)
Gêne légère	36 (25,0%)	25 (21,9%)	11 (36,7%)
Gêne modérée	14 (9,7%)	9 (7,9%)	5 (16,7%)
Gêne importante	3 (2,1%)	2 (1,8%)	1 (3,3%)

Vingt-deux (30,1%) patients parmi ceux possédant un appareil dentaire ne l'estimaient plus adapté (Tableau 11).

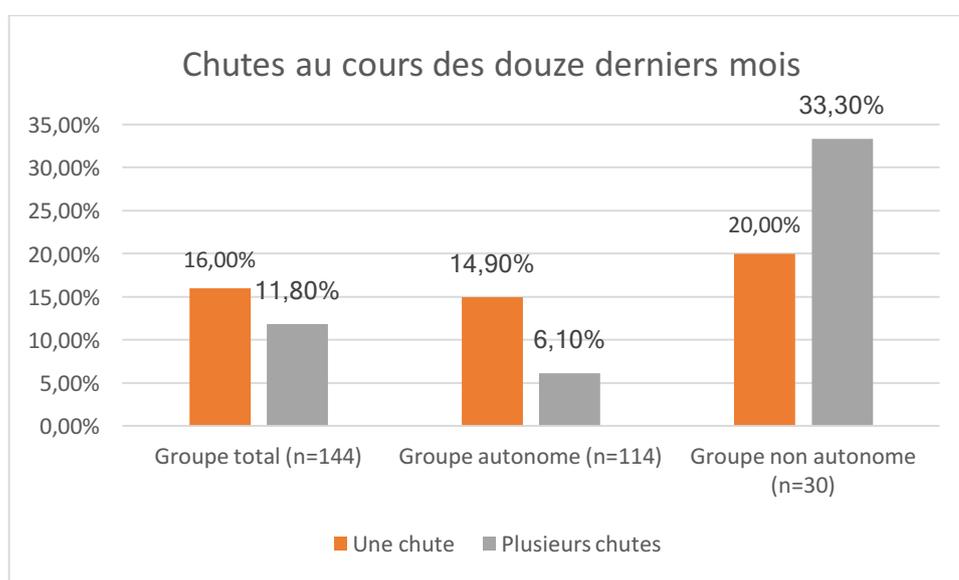
Tableau 11 : Appareil dentaire adapté

Appareil dentaire adapté	Total (n=73)	Groupe autonome (n=58)	Groupe non autonome (n=15)
Oui	51 (69,9%)	42 (72,4%)	9 (60,0%)
Non	22 (30,1%)	16 (27,6%)	6 (40,0%)

4. Chutes

Quarante personnes (27,8%) déclaraient avoir chuté au moins une fois au cours des douze derniers mois, 17 patients (11,8%) étaient multi chuteurs (au moins deux chutes au cours des douze derniers mois). Le taux de chuteurs était de 21% (24 patients) chez les patients autonomes et de 53,3% chez les non autonomes (Figure 10).

Figure 10 : Chutes au cours des douze derniers mois



Il y avait une différence significative entre le groupe autonome et le groupe non autonome en ce qui concerne les chutes (Tableau 12).

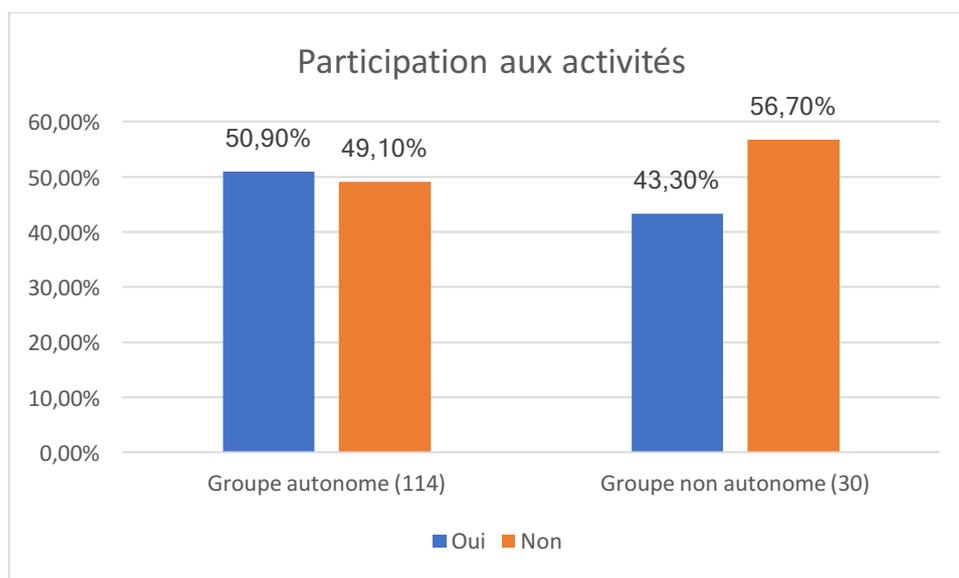
Tableau 12 : Différence entre les deux sous-groupes concernant la survenue de chutes

Survenue de chute	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)	p-value
Chute l'année précédente	24 (21%)	16 (53,3%)	<i>p</i> <0,01
Une chute	17 (14,9%)	6 (20%)	
Plusieurs chutes	7 (6,1%)	10 (33,3%)	

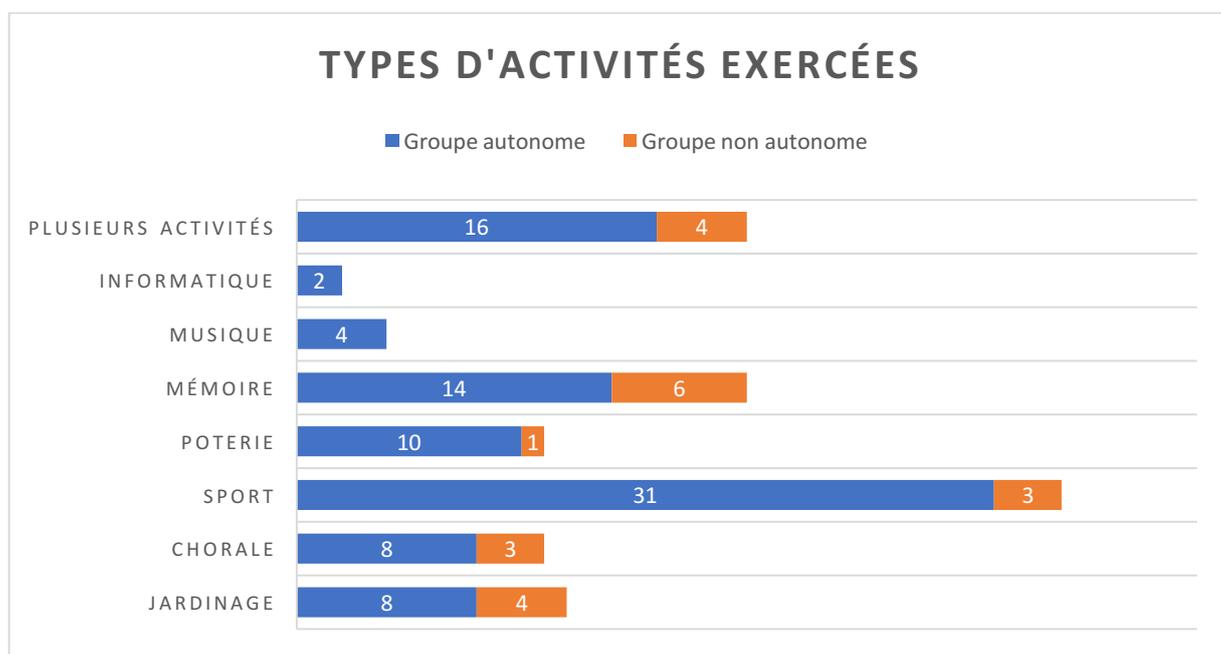
5. Activités

Soixante-douze (50,0%) patients participaient aux activités proposées en détention. Ils étaient 13 (43,3%) dans le groupe non autonome et 59 (50,9%) dans le groupe autonome (Figure 11). Aucune différence significative entre les deux sous-groupes concernant la participation aux activités n'a été retrouvée ($p=0,623$).

Figure 11 : participation aux activités

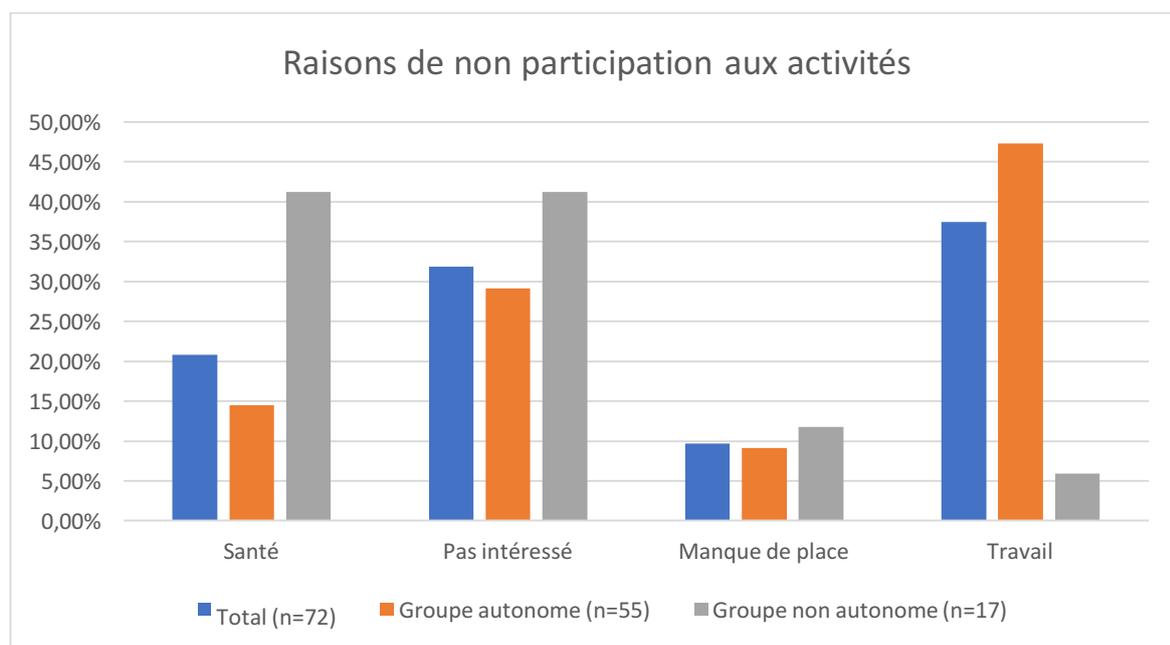


Les activités les plus pratiquées étaient le sport et l'atelier mémoire, avec respectivement 34 (47,2%) et 20 (27,3%) personnes y participant. A noter que 20 (27,3%) patients étaient inscrits à plusieurs activités (Figure 12).

Figure 12 : Types d'activités exercées

Parmi les personnes ne participant pas aux activités, 15 d'entre eux (20,8%) n'y participaient pas pour des raisons de santé, 23 (31,9%) n'étaient pas intéressés, 27 (37,5%) travaillaient et n'avaient donc pas le temps et sept (9,7%) patients évoquaient un manque de place au sein des activités qui les intéressaient.

Dans le groupe des personnes non autonomes, sept patients (41,2%) évoquaient des problèmes de santé, sept (41,2%) n'étaient pas intéressés, deux n'y participaient pas faute de place et un travaillait (Figure 13).

Figure 13 : Raisons de non-participation aux activités

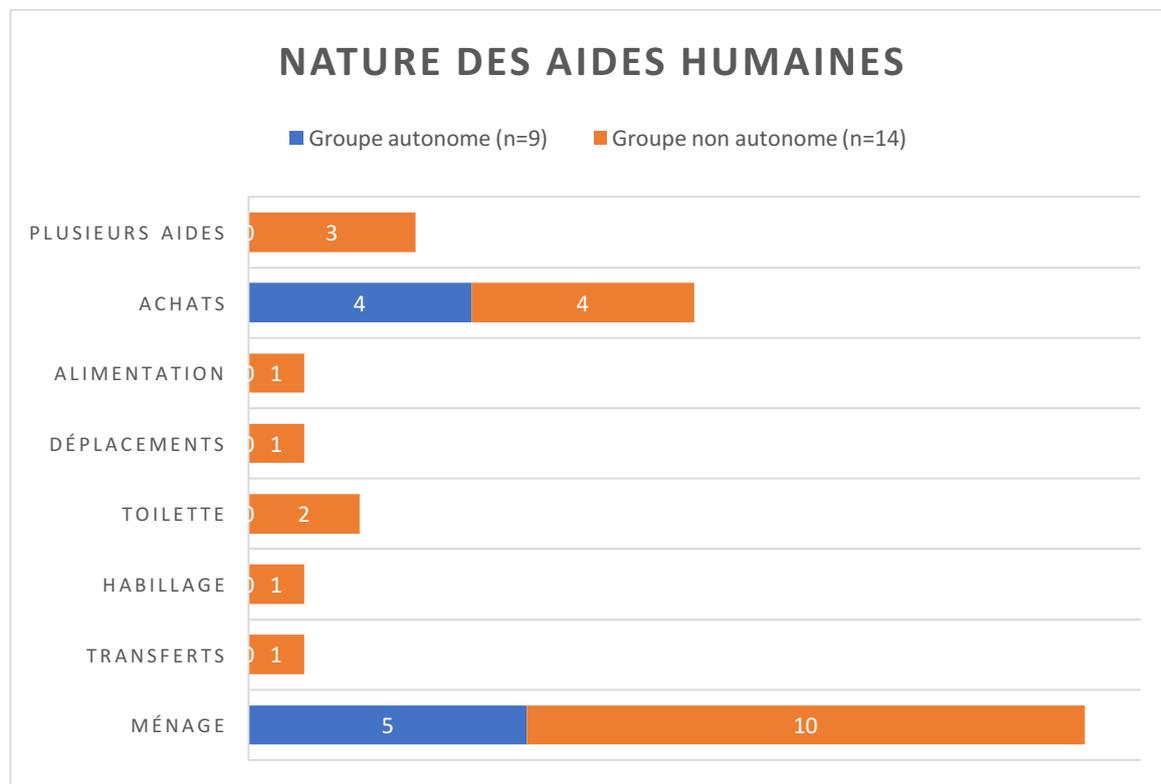
6. Aides

6.1 Aides humaines

Vingt-trois (16,0%) patients bénéficiaient d'une aide humaine, 14 d'entre eux appartenaient au groupe non autonome.

Toutes ces personnes étaient aidées par leurs codétenus, deux (8,7%) d'entre eux bénéficiaient également d'une aide extérieure pour la toilette corporelle et l'habillement.

Les types d'aides les plus rapportés étaient le ménage en cellule pour 15 patients (65,2%) et l'aide aux achats pour huit patients (34,8%) (Figure 14).

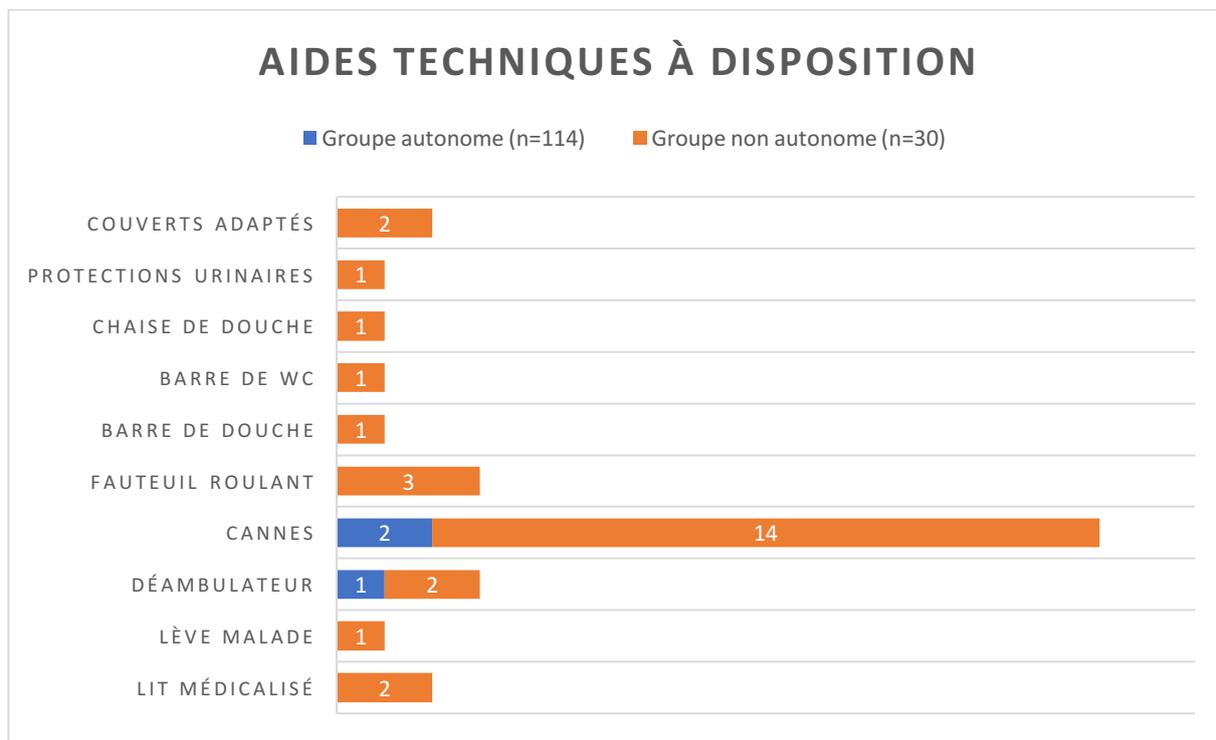
Figure 14 : Nature des aides humaines

Cinq patients (3,5%) estimaient avoir besoin d'une aide humaine ou que leurs aides actuelles n'étaient pas suffisantes. Tous appartenaient au groupe non autonome.

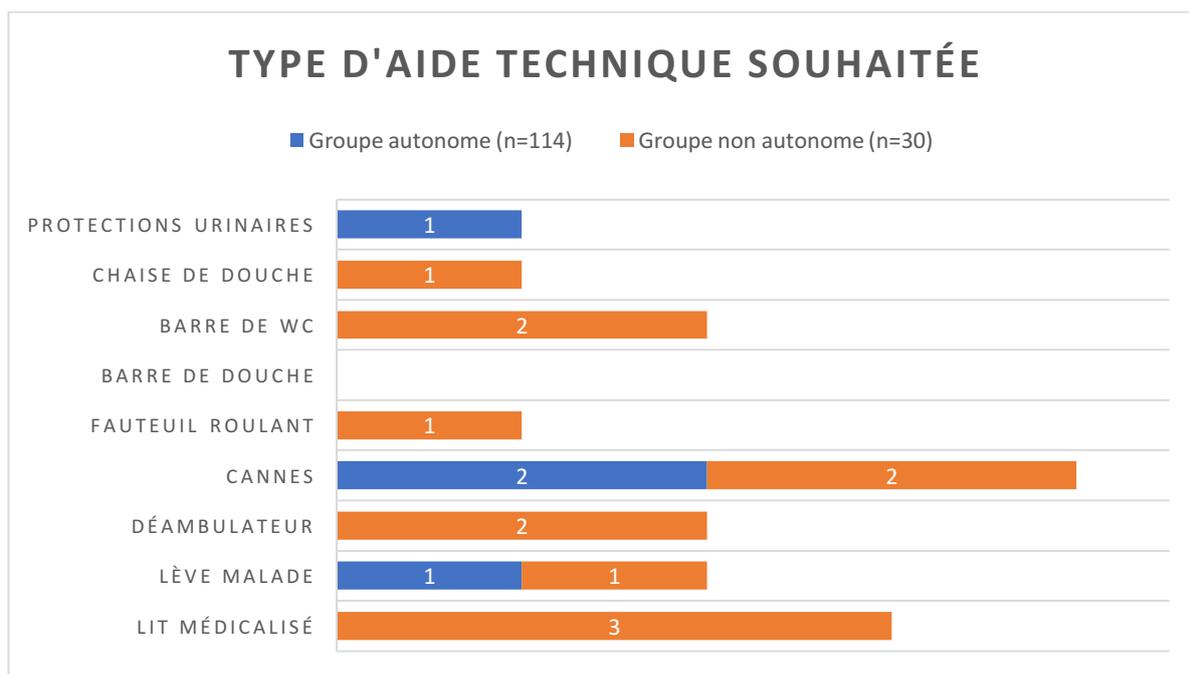
Parmi eux, trois souhaitaient une aide pour le ménage en cellule, les autres aides souhaitées étaient pour l'habillement, la toilette et les déplacements. Une personne estimait avoir besoin de deux types d'aides différentes.

6.2 Aides techniques

Certaines personnes disposaient d'aides techniques. La canne était l'aide technique la plus retrouvée avec 16 (11,1%) patients. Celle-ci était majoritairement présente chez les personnes non autonomes avec 14 patients (46,7% du groupe non autonome). Les autres types d'aides étaient peu présents (Figure 15).

Figure 15 : Aides techniques à disposition

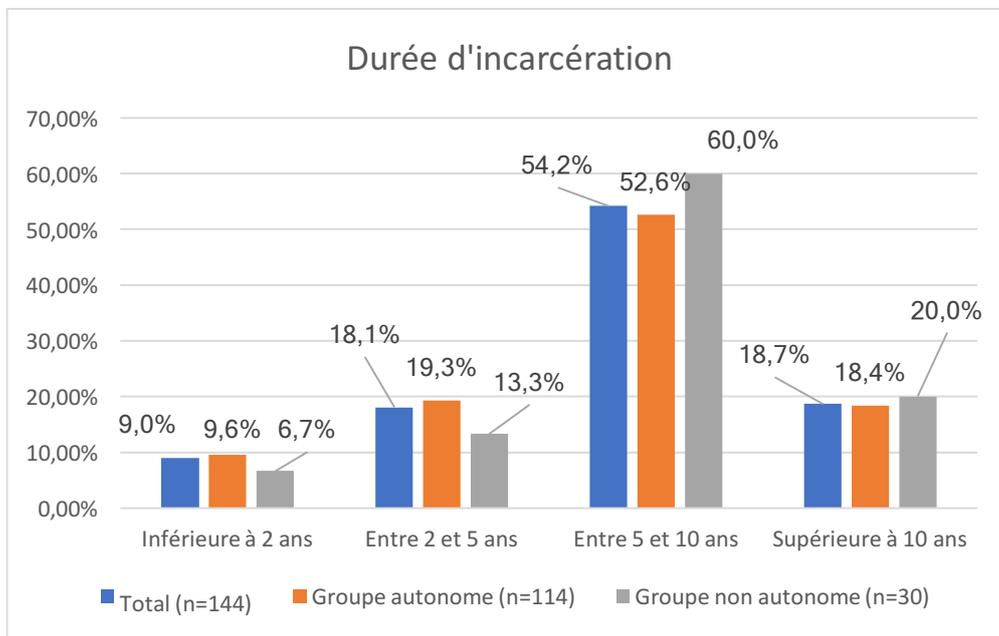
Enfin, peu de personnes estimaient nécessiter d'aide technique supplémentaire (Figure 16).

Figure 16 : Aides techniques souhaitées

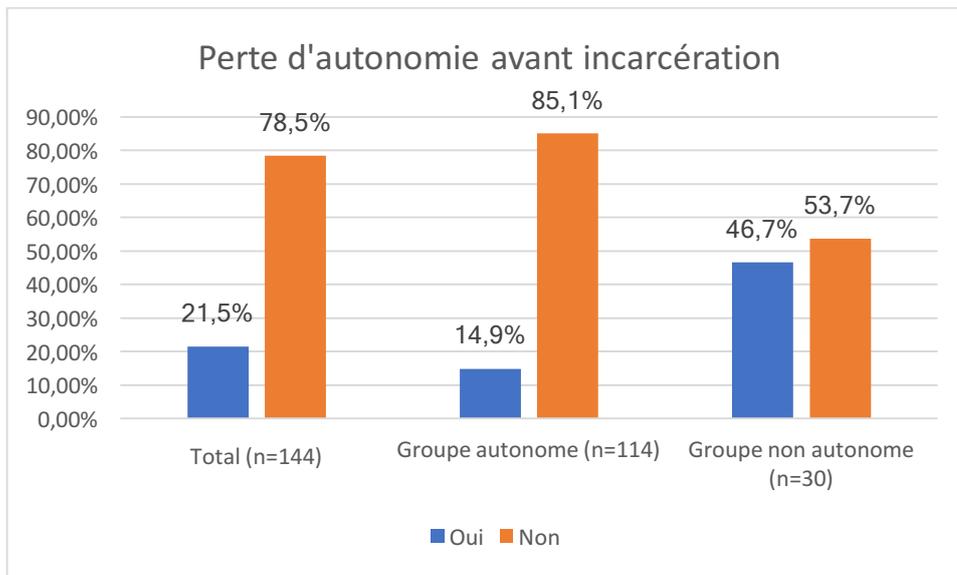
7. Incarcération

La majorité des personnes interrogées (78 personnes soit 54,2%) était incarcérée depuis 5 à 10 ans, 27 (18,7%) personnes l'étaient depuis plus de 10 ans, 26 (18,1%) depuis 2 à 5 ans et 13 (9%) depuis moins de 2 ans (figure 17). Aucun lien significatif entre la durée d'incarcération et la perte d'autonomie n'a été retrouvé ($p=0,808$).

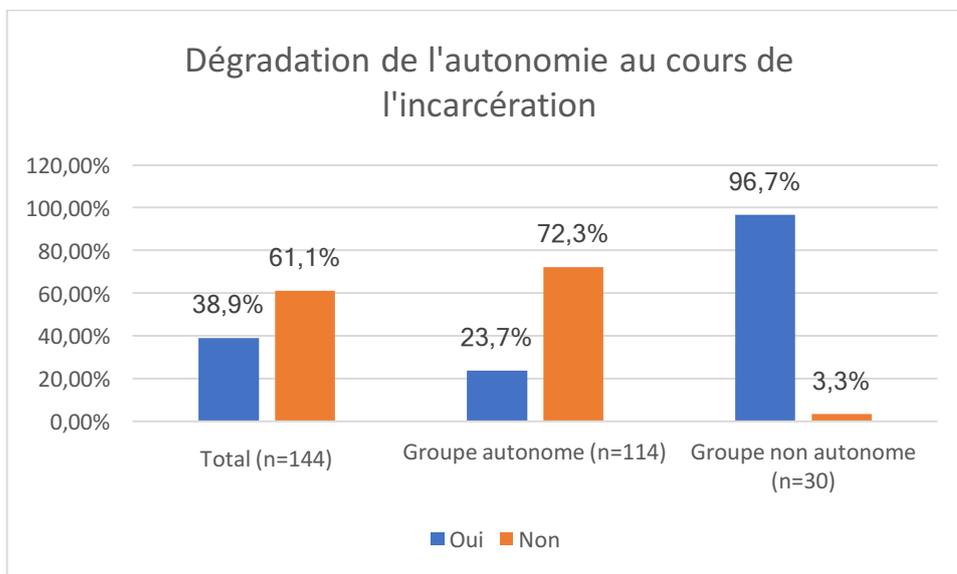
Figure 17 : Durée d'incarcération



Trente et un (21,5%) patients estimaient qu'ils avaient déjà perdu de l'autonomie avant l'emprisonnement. Près de la moitié du groupe non autonome était dans cette situation soit 14 (46,7%) patients (figure 18).

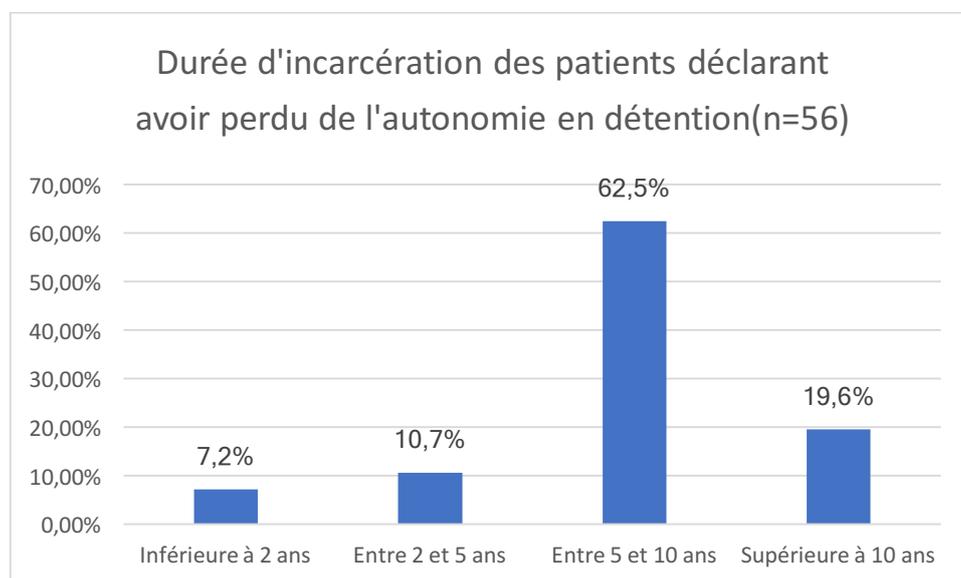
Figure 18 : Perte d'autonomie avant l'incarcération

Cinquante-six (38,9%) patients estimaient que leur autonomie s'était dégradée durant l'incarcération. La quasi-totalité des patients non autonomes (29 patients soit 96,7% de l'effectif) l'affirmait (figure 19).

Figure 19 : Dégradation de l'autonomie au cours de l'incarcération

Ces 56 patients étaient pour 82,1% d'entre eux incarcérés depuis plus de 5 ans (Figure 20). Leur âge moyen était de 65,2 +/- 8,4 ans (55-90).

Figure 20 : Durée d'incarcération des patients déclarant avoir perdu de l'autonomie au cours de la détention.



La majorité de l'effectif total, soit 129 (89,6%) personnes et la totalité des patients du groupe non autonome, disposait d'une cellule individuelle.

8. Administratif et social

8.1 Demande de SPMR

Cinq (3,5%) personnes avaient formulé des demandes de SPMR. Une faisait partie du groupe autonome et quatre appartenait au groupe non autonome.

8.2 Demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Trois (2,1%) personnes ont déclaré bénéficier de l'APA, ces personnes appartenait toutes au groupe non autonome.

8.3 Reconnaissance de handicap ou d'invalidité

Trente (20,8%) personnes déclaraient être reconnus handicapés par la MDPH ou en invalidité par la Sécurité sociale. On en retrouvait 22 (19,3%) dans le groupe autonome et 8 (26,7%) dans le groupe non autonome.

8.4 Mesures de protection

Six (4,2%) personnes déclaraient être sous mesure de protection, trois (2,1%) sous tutelle et trois (2,1%) sous curatelle (tableau 13).

Tableau 13 : Mesures de protection

Mesure de protection	Total (n=144)	Groupe autonome (n=114)	Groupe non autonome (n=30)
Oui	6 (4,2%)	3 (2,7%)	3 (10%)
Curatelle	3	2	1
Tutelle	3	1	2

DISCUSSION

1. Critique de la méthodologie

1.1 Forces de l'étude

L'étude descriptive quantitative nous a semblé être la méthode la plus adaptée pour faire un premier état des lieux au sein d'une population donnée.

Nous avons obtenu une forte participation (86,2%). Ce taux de réponse peut s'expliquer par le fait que la participation à l'étude a été proposée de manière individuelle, ce qui permettait d'expliquer la finalité du travail et ses modalités. Cet entretien a aussi été l'occasion de redonner la garantie de l'anonymat, ce qui a pu rassurer certains quant à un éventuel impact sur leur prise en charge médicale ou sur leur vie en détention.

Les biais d'évaluation ont été réduits par le fait que l'interlocuteur était unique.

1.2 Limites de l'étude

La constitution de l'échantillon d'étude de manière monocentrique est un biais de sélection et limite la puissance de l'étude et la représentativité de l'échantillon à l'échelle nationale.

Hormis les antécédents médicaux et les traitements, les données ont été recueillies de manière déclarative. Les difficultés éprouvées par les patients ont probablement été sur ou sous évaluées dans un certain nombre de cas. Cette analyse subjective permet de dégager une tendance mais nécessite d'être évaluée plus finement.

La grille AGGIR utilisée dans notre travail n'est pas utilisée dans les études internationales. Ayant pour vocation d'être un outil administratif, il n'est utilisé qu'en France, ce qui rend difficile la comparaison de nos résultats avec les données de la littérature internationale.

1.3 Choix de la limite d'âge

Dans la population générale, un sujet n'est pas considéré comme âgé en dessous de 65 voire 75 ans (8). En milieu carcéral, la plupart des études portant sur le vieillissement incluent les patients dès 50 ou 55 ans(9)(28) (29). Plusieurs facteurs ont été décrits pour justifier ce choix d'abaissement du seuil d'âge, parmi lesquels un manque de suivi médical et d'hygiène de vie antérieur à l'incarcération et un stress lié à la détention avec un non-respect des règles hygiéno-diététiques. En résulte un état de santé plus dégradé que dans la population générale (9)(12)(15)(30).

En 2012, un groupe d'experts américains a recommandé de retenir le seuil de 55 ans afin d'uniformiser les futures études sur ce sujet (31).

Neuf personnes (30%) parmi les 30 appartenant au groupe non autonome, étaient âgés de moins de 60 ans. Cette proportion montre que ce seuil retenu paraît pertinent dans notre étude. L'objectif étant également de repérer les personnes susceptibles de perdre en autonomie, il était important de ne pas fixer un seuil trop élevé.

1.4 Choix de la grille AGGIR

Il existe plusieurs outils pour évaluer la dépendance ou la perte d'autonomie. L'outil le plus répandu est **l'échelle ADL (Activities of Daily Living) de Katz**, il s'agit d'une grille d'évaluation de l'autonomie qui étudie les activités basales de la vie quotidienne. Elle évalue l'hygiène corporelle, l'habillement, l'autonomie pour aller aux toilettes, la locomotion, la continence et la prise des repas(32). Cette grille est souvent couplée à **l'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton** qui explore l'autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les huit variables étudiées sont l'aptitude à utiliser le téléphone, à faire les courses, à préparer ses repas, à effectuer l'entretien ménager, la blanchisserie, à utiliser les moyens de transports, à gérer son traitement et son argent(33)(34). Bien que ce soit les outils les plus utilisés au niveau international, certains items de l'échelle IADL ne sont pas applicables en détention.

En 2006, dans une étude sur l'autonomie des détenues âgées en Californie, Williams et al. ont mis en place un score pour évaluer certains déficits fonctionnels en milieu carcéral, nommé **Prisons Activities of Daily Living (PADL)**. Ce score n'est pas adapté au milieu carcéral français car il comprend le fait de se jeter au sol lorsque les alarmes retentissent, la station debout prolongée lors de l'appel, la marche jusqu'au réfectoire, l'écoute des instructions et le fait de monter sur une couchette en hauteur (29).

Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) est utilisé officiellement au Québec pour déterminer les aides nécessaires pour les patients en perte d'autonomie. Plus fin que la grille AGGIR, il répartit les patients en 14 profils Iso-SMAF, permettant de déterminer plus précisément les besoins nécessaires. Cependant les droits du SMAF sont détenus par le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke et son utilisation est soumise à une entente préalable(35).

La grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR) (Annexe 5) est très utilisée en pratique courante en France car elle conditionne l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui a remplacé la prestation spécifique dépendance(36). Inspirée notamment des grilles ADL et IADL, elle a été élaborée en 1994 par les collaborateurs scientifiques du Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNCG)(37) et révisée en 2008 (38). Elle prend en compte dix variables discriminantes qui influent sur le résultat : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la capacité à utiliser les moyens de communication à distance et sept variables illustratives qui n'ont aucune influence sur le résultat : la gestion des comptes, la cuisine, le ménage, les transports, les achats, le suivi du traitement, les activités de temps libre.

Cette grille classe les patients en six Groupes Iso-Ressources (GIR), allant de 1 à 6. Les patients classés en GIR 1 sont grabataires et totalement dépendants pour les actes de la vie quotidienne (AVQ), les patients en GIR 6 sont totalement autonomes et ne nécessitent aucune aide (39).

Les patients classés en GIR 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA. Cette allocation est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière(40).

Notre choix pour l'évaluation de l'autonomie des patients s'est porté sur la grille AGGIR, car c'est un outil standardisé qui évalue l'autonomie de manière globale. C'est également l'outil qui nous a semblé le plus proche des conditions de vie en milieu carcéral. Cela nous permettait également d'évaluer le nombre de personnes potentiellement éligibles à l'APA dans notre échantillon.

Néanmoins, certains items ont été reformulés par nos soins pour être adaptés à la vie carcérale. Pour les moyens de communication à distance, les patients disposent en cellule d'un interphone pour pouvoir alerter les gardiens en cas de nécessité et des cabines téléphoniques collectives sont disponibles au sein des espaces communs. Pour le ménage, il était précisé qu'il s'agissait du ménage en cellule, chaque détenu étant responsable de l'entretien de sa cellule. Enfin, le terme « achats » était remplacé par « cantines » qui désigne la possibilité d'effectuer des achats de produits de la vie courante en milieu carcéral.

2. Analyse des résultats descriptifs

2.1 Genre et âge

Notre population était composée à 9% de femmes. Au niveau national, la part des femmes était de 3,7% au 1^{er} juillet 2018 (41), cette différence peut s'expliquer par le fait que tous les établissements pénitentiaires en France ne disposent pas de quartier pour femmes. Tout âge confondu, le CD de Bapaume accueillait au 1^{er} juillet 2018 11,3% de femmes (41) soit un taux légèrement supérieur à celui retrouvé dans notre population. La MA d'Arras quant à elle, n'accueille pas de femmes.

La part des femmes dans le groupe non autonome est presque 2,5 fois supérieure au groupe autonome. Cependant il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement

significatif entre le genre et la perte d'autonomie dans notre travail. Cela est probablement dû au faible nombre de femmes de l'échantillon car les éléments retrouvés dans la littérature montrent que les femmes détenues ont plus de déficiences et plus de comorbidités que les hommes (42)(43).

L'âge était en moyenne plus élevé dans le groupe des personnes non autonomes. Il existait un lien significatif ($p < 0,05$) entre l'âge et l'appartenance au groupe non autonome. Si la perte d'autonomie est multifactorielle, l'âge en reste un facteur déterminant(6)(34)(44). Les analyses permettant de définir un seuil d'âge prédictif de la perte d'autonomie n'ont pas été réalisées.

2.2 Evaluation de l'autonomie

Plus de 20% des patients interrogés ont été classés en GIR 2 à 4, il s'agit donc de personnes nécessitant théoriquement des aides quotidiennes. Dans les études étudiant la perte d'autonomie en milieu carcéral on retrouve des proportions variables de personnes évaluées comme dépendantes.

Williams et *al.*, dans leur étude sur les personnes âgées détenues en Californie décrivaient que 16% des participantes éprouvaient des difficultés dans au moins un AVQ et 69% des difficultés dans au moins un PADL(29).

Barry et *al.*, dans un travail similaire mené dans le Connecticut auprès de détenus âgés de 50 ans et plus trouvaient une déficience dans au moins un AVQ chez 7,8% des sondés et dans au moins un item du PADL dans 55% des cas(11).

En France, un travail d'évaluation des détenus âgés de plus de 50 ans dans l'Oise basé sur le SMAF, a classé 37% d'entre eux en perte d'autonomie fonctionnelle(45).

La majorité des difficultés retrouvées dans notre population était d'ordre moteur avec des effectifs similaires quant aux patients présentant des problèmes liés à la marche, aux transferts, à la toilette, à l'habillement et au ménage en cellule.

Une étude menée par Laplace L. portant sur la dépendance pour les AVQ en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest en utilisant la grille AGGIR retrouvait des

difficultés similaires(46). Néanmoins le profil des personnes étudiées n'était pas le même, aucun critère d'âge n'était retenu pour l'inclusion des sujets dans son travail. Dans l'étude de Williams et *al.* précédemment citée, les personnes étaient surtout gênées pour la marche et les transferts(29).

Certaines difficultés peuvent être accrues par la particularité de l'univers carcéral. Notamment avec l'architecture des établissements pénitentiaires, qui n'est pas toujours adaptée pour accueillir des personnes en perte d'autonomie(47)(48).

Ces incapacités entraînent parfois des besoins secondaires qui ne relèvent ni du soin, ni d'aucun autre rôle d'intervenant en milieu pénitentiaire(48). Par exemple pour les personnes nécessitant une aide pour manger ou se servir, ou encore celles ne pouvant assurer correctement l'élimination fécale ou urinaire.

Aucun lien n'a été retrouvé entre la durée d'incarcération et la perte d'autonomie. Cependant la taille réduite de notre population ne permet pas de tirer de conclusion. Une étude menée en 2001 dans une trentaine d'établissements pénitentiaires en France portant sur le handicap en prison, montrait l'effet spécifique de la durée de la détention sur l'apparition ou l'aggravation d'incapacités (49).

Néanmoins la quasi-totalité des personnes du groupe non autonome estimait que leur autonomie s'était dégradée pendant leur incarcération. Notre étude ne comportant pas de population témoin, nous ne pouvons donc affirmer que cette dégradation est liée à la détention.

2.3 Pathologies

Nous retrouvons ici une forte proportion de patients atteints de maladies cardiovasculaires, avec une prévalence allant jusque 80% pour les non autonomes. Parmi les 73 (55,7%) patients souffrant de maladies métaboliques ou endocriniennes (regroupant principalement diabète et dyslipidémie), près de la moitié souffrait de diabète. Les autres pathologies les plus présentes sont d'ordre psychiatriques, musculo squelettiques et respiratoires. Ces fortes prévalences sont retrouvées dans

de nombreuses études internationales (10)(15)(42)(50)(51)(52)(53)(54). Des travaux français, bien que présentant des résultats plus variables, retrouvent également certaines de ces tendances (55)(56).

Les comparaisons avec la population générale dans certains travaux montrent que les personnes incarcérées ont une prévalence plus élevée de pathologies cardiovasculaires et notamment d'hypertension artérielle (HTA) et de pathologies psychiatriques(10)(52)(51)(56).

Bien qu'il n'a pas été retrouvé de manière significative dans notre étude, un lien entre polypathologie et perte d'autonomie est retrouvé dans d'autres travaux (57), cette absence de significativité est probablement due à la taille réduite de notre échantillon.

Cependant nous avons trouvé un lien significatif entre les maladies métaboliques et endocriniennes et le groupe non autonome. En 2012, une étude démontrait un lien entre dysfonctions motrices et diabète (58).

Les pathologies neurologiques, notamment chez le sujet âgé entraînent un risque accru de chutes et de perte d'autonomie (59). Nos résultats sont cohérents avec ces constatations, puisque nous avons retrouvé un lien significatif entre le groupe non autonome et les pathologies neurologiques ou neurodégénératives (qui regroupaient principalement les séquelles d'AVC, les épilepsies et la maladie de Parkinson).

2.4 Traitements

Comme mentionné précédemment, on retrouve que les médicaments antihypertenseurs sont les plus consommés, cela est en adéquation avec la prévalence élevée de l'HTA en prison(10)(51)(52).

Près de la moitié des patients consommaient des benzodiazépines ou apparentés, beaucoup prenaient des traitements hypnotiques au long cours. Bien qu'il soit recommandé de limiter la durée de ces prescriptions(60), cela peut s'expliquer par l'anxiété provoquée par la détention, qui est encore plus élevée chez les sujets âgés(10) (61). Les personnes du groupe non autonome consommaient presque deux fois plus d'antidépresseurs que ceux du groupe autonome. Certaines publications

suggèrent en effet que la perte d'autonomie et le handicap sont liés à la dépression chez les sujets âgés(62).

Quant aux antalgiques, ils sont surtout consommés dans le cadre d'affections musculo squelettiques, certains patients déclaraient en prendre occasionnellement. Ces derniers n'apparaissent pas dans nos résultats, seuls ceux qui en consommaient quotidiennement étaient comptabilisés. Là encore, une forte prévalence d'affections musculo squelettiques en milieu carcéral a été décrite dans la littérature(10)(15). La consommation était également beaucoup plus élevée chez les patients du groupe non autonome.

La part des autres médicaments consommés était élevée, cependant elle regroupe de nombreuses autres classes. Celles-ci n'ont pas été détaillées car elles étaient soit consommées par un très faible nombre de patients, soit parce qu'elles présentaient un risque iatrogénique qui nous paraissait limité.

2.4.1 Polymédication

Près de la moitié des patients consommaient au moins 5 médicaments différents quotidiennement. Dans le groupe non autonome, cette proportion atteignait 86,6% et 7 (23,3%) d'entre eux consommaient plus de 10 médicaments par jour.

Bien qu'il n'y ait pas de seuil officiellement défini pour parler de polymédication, la plupart des travaux retiennent un premier seuil à partir de cinq médicaments consommés quotidiennement et un deuxième seuil à partir de dix médicaments par jour, on parle alors de « polymédication excessive » ou d'« hyperpharmacie »(63).

Cette polymédication concerne le plus souvent le sujet âgé, ceci s'explique par l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques chez ces personnes(64). Cependant, ce sont également les plus exposées aux risques iatrogéniques par les modifications physiologiques du métabolisme(65).

La polymédication induit un risque majeur de prescriptions potentiellement inappropriées et d'interactions médicamenteuses surtout chez le sujet âgé, pouvant accroître le risque d'hospitalisation et de morbi-mortalité(66)(67).

D'autres travaux réalisés chez les personnes âgées détenues retrouvent également

des taux élevés de patients polymédiqués(68) (69). Ceci s'illustre dans notre travail par un lien statistiquement significatif entre la polymédication et l'appartenance au groupe non autonome.

2.4.2 Délivrance des traitements

La part des médicaments délivrés mensuellement était plus basse dans le groupe non autonome que dans le groupe autonome. Cela s'explique par les difficultés cognitives que peuvent rencontrer certains patients et la difficulté de se conformer à l'ordonnance qui en découle. Cependant, un biais dans les résultats peut être lié au fait que certains patients se voyaient prescrire leur traitement à la journée ou à la semaine pour des raisons de sécurité, afin de limiter le risque de tentative d'autolyse par intoxication médicamenteuse. En effet, neuf patients dans le groupe autonome recevaient leur traitement de façon journalière avec ou sans pilulier.

2.5 Déficits sensoriels

2.5.1 Vue

Plus de deux tiers des patients déclaraient ressentir une gêne visuelle modérée à importante. Bien que notre méthode d'évaluation est basée sur des éléments subjectifs, il est décrit dans la littérature une prévalence élevée de dysfonctionnements sensoriels, notamment visuels chez les sujets âgés emprisonnés (29)(14).

On ne retrouvait pas de différence statistique significative entre les deux sous-groupes concernant la gêne visuelle et le port de lunettes.

Plus de la moitié de ceux portant des lunettes estimait que leurs lunettes n'étaient pas adaptées à leur vue. La plupart a d'ailleurs demandé à obtenir un rendez-vous pour une consultation d'ophtalmologie, parfois depuis plusieurs mois. Cependant les délais d'attente étaient très longs, ce qui peut en partie expliquer cette proportion. Ces difficultés d'accès à une consultation d'ophtalmologie ne sont pas spécifiques à la population carcérale (70).

2.5.2 Audition

Les patients du groupe non autonome étaient plus gênés en termes d'audition que ceux du groupe autonome. Là encore, on retrouve dans la littérature une prévalence relativement élevée de troubles auditifs chez les sujets âgés détenus (29).

Une enquête sur les handicaps et les déficiences dans les prisons réalisée en France en 2001 retrouvait près de 8% de personnes sourdes ou malentendantes, mais l'étude concernait les patients de tous âges (71).

Dans notre travail, les tests statistiques montraient une association significative entre la perte d'audition et l'autonomie. Des travaux américains soulignaient d'ailleurs l'importance de repérer ces troubles auditifs dans le cadre de la lutte contre la dépendance aux AVQ(29)(31).

Dans notre population, beaucoup n'avaient jusqu'à présent jamais bénéficié d'une consultation d'ORL. Seuls 11 patients étaient appareillés, et parmi eux six estimaient qu'il n'était pas adapté ou fonctionnel. Pour certains il s'agissait *a priori* d'un simple réglage à effectuer chez l'audioprothésiste, d'autres ont rapporté une panne ou une casse de leur appareil et d'autres ne pouvaient tout simplement pas se procurer les piles nécessaires en prison.

Certains des patients non appareillés évoquaient un manque de moyens, considérant le reste à charge pour un appareillage auditif trop élevé. Une étude menée en 2015 au sein de la population générale montre que le manque de moyen constitue le premier frein à l'acquisition d'une audioprothèse(72).

2.5.3 Dentition

La plupart des patients ne ressentait pas de gêne à la mastication, la moitié d'entre eux était appareillée. Pour près de 70% d'entre eux l'appareillage était adapté.

Aucune différence significative entre les deux sous-groupes n'a été retrouvée en ce qui concerne ces paramètres.

Ces chiffres, meilleurs que ceux pour les lunettes ou pour l'appareillage auditif peuvent s'expliquer par la présence au sein des US d'un chirurgien-dentiste.

Par ailleurs, la plupart des patients estimant que l'appareillage n'était pas adapté étaient en cours de soins dentaires.

Le chirurgien-dentiste reçoit les patients sur demande dans un délai variable selon le degré d'urgence. Les appareils et prothèses dentaires sont pris en charge par le CHA.

2.6 Chutes

Le risque de chute augmente avec l'âge (73) et constitue un véritable problème de santé publique. Les chutes sont une cause fréquente d'hospitalisation et de morbi-mortalité (74). Les chutes sont dites « à répétition » à partir de deux au cours des douze derniers mois (75).

Dans le groupe non autonome, plus de la moitié étaient des patients chuteurs et un tiers des chuteurs à répétition. Une différence significative entre nos deux sous-groupes concernant la survenue de chutes était retrouvée ($p < 0,01$). Ces résultats sont en concordance avec les données de la littérature qui décrivent un lien entre les chutes et la perte d'autonomie (76)(77).

2.7 Activités

Seule la moitié des patients participait à une activité proposée en détention. Ce chiffre est à relativiser car plus d'un tiers de ceux qui ne participaient pas, travaillait au sein de l'établissement.

Aucune différence significative de participation aux activités n'a été retrouvée entre les deux sous-groupes.

Cependant on constate que dans le groupe non autonome, de nombreuses personnes évoquent une non-participation pour des raisons de santé ou par manque d'intérêt, alors qu'ils devraient être la cible prioritaire des activités du programme BVED mis en place par la direction du CD de Bapaume.

On peut aussi regretter le fait que certains évoquent un manque de place alors que d'autres participent à plusieurs activités.

2.8 Aides humaines et matérielles

Des mesures d'aides sont disponibles pour les personnes incarcérées. La perception de l'APA ou de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est possible.

Pour les aides humaines, les premiers aidants étaient les codétenus. Le plus souvent, ils apportaient de l'aide pour effectuer le ménage en cellule ou pour remplir les bords de cantines. Plusieurs patients ont mentionné une rémunération informelle versée pour ce type d'aide (gels douches, aliments...) le plus souvent consentie mais parfois contrainte. Certains abus ont pu être constatés avec des aidants profitant de la vulnérabilité de ces personnes. Les travaux de Laplace montrent également que les principaux aidants sont les codétenus(46).

Pour ceux recevant une aide à la toilette et à l'habillage, celle-ci était apportée par une association d'aide à domicile, l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) du Pas-de-Calais qui intervient en milieu carcéral après une évaluation initiale. Il existe parfois des difficultés de mise en place de ces aides liées au délai d'intervention pour l'évaluation, ce qui peut engendrer des situations complexes pour les patients concernés.

La mise en place d'aides techniques sur prescription médicale est également possible, d'ailleurs de nombreux détenus disposaient de cannes ou de déambulateurs. Parfois, il peut y avoir des obstacles à leur mise en place(49). Par exemple, au CD de Bapaume, les douches étaient collectives sauf pour deux des patients interrogés qui bénéficiaient d'une cellule aménagée pour PMR. Cela rend difficile un éventuel aménagement. La taille des cellules permet difficilement la circulation en fauteuil roulant ou l'installation d'un lit médicalisé.

Peu de personnes disposaient d'une aide technique autre que la canne, mais peu étaient en demande de matériel supplémentaire.

2.9 Administratif et social

Pour les personnes dont l'état de santé physique ou mental n'est plus compatible avec la détention, ou dont le caractère évolutif d'une maladie engage le pronostic vital, la loi prévoit des mesures de suspension de peine pour raisons médicales (SPRM) (78). Une expertise médicale doit établir que la personne condamnée se retrouve dans l'une de ces situations, la suspension est ordonnée selon les cas par le juge d'application des peines (JAP) ou par tribunal de grande instance(79).

Une thèse de médecine générale portant sur les SPRM, montrait que les connaissances des médecins intervenant en milieu pénitentiaire sur ce sujet étaient jugées insuffisantes(80). Dans notre échantillon certains avaient fait une demande qui a été rejetée, d'autres étaient dans l'attente du traitement de leur dossier, la procédure étant parfois jugée trop longue par les patients interrogés. Cela permet de souligner le décalage qu'il peut exister entre les délais administratifs nécessaires pour finaliser le processus et l'état de santé du requérant qui peut s'accroître rapidement. Ces situations entraînent des difficultés de prise en charge en l'absence de solution adaptée dans l'attente du rendu de la décision.

Seules trois personnes déclaraient percevoir l'APA, la plupart des personnes interrogées ne savaient pas de quoi il s'agissait. L'APA est accordée aux personnes de plus de 60 ans qui appartiennent aux GIR ≤ 4 . Elle est versée par le département, mais les conditions d'attribution sont les mêmes sur tout le territoire national. Elle permet de financer des aides humaines ou matérielles pour pallier au manque d'autonomie des personnes dépendantes. Elle n'est pas soumise aux conditions de ressources, mais le montant accordé est modulé selon les revenus(81). Les personnes incarcérées sont éligibles à la perception de l'APA.

Cependant, l'attribution se fait sur une évaluation médico-sociale et non de manière déclarative (81). Cela signifie que si elle était demandée pour chaque patient du groupe non autonome, elle ne serait probablement pas accordée à tous, les patients ayant parfois pu surévaluer leurs difficultés.

Seules six personnes déclaraient être sous mesure de protection, cependant des personnes étaient sous curatelle mais déclaraient ne pas le savoir.

3. Mesures existantes

Il y a une prise de conscience du phénomène de vieillissement de la population carcérale par les autorités. Le programme d'actions nommé « stratégie santé des personnes placées sous main de justice » édité par les ministères de la Justice et de la Santé inclut désormais cette problématique et évoque l'importance de l'anticipation de ses conséquences(17).

Le programme BVED a été mis en place par la direction du CD de Bapaume en 2015, il permet aux personnes de plus de 60 ans de participer à des activités adaptées et animées par des intervenants extérieurs. De telles mises en place existent dans d'autres établissements français (82).

Devant le vieillissement de la population carcérale constaté notamment au CD de Bapaume, des projets ont déjà été mis en place par l'équipe soignante. Trois infirmières sur les deux dernières années ont reçu une formation intitulée « sensibilisation à la culture gériatrique », dispensée au CHA. Les différents modules abordaient entre autres les spécificités des personnes âgées, les modifications physiologiques liées à l'âge et les outils d'évaluation utilisés.

Une réflexion avait été lancée pour faciliter l'accès des patients en perte d'autonomie à la consultation gériatrique du CHA ainsi qu'à une évaluation complète pluridisciplinaire en hôpital de jour, après un premier repérage des personnes les plus vulnérables, par les infirmières formées.

Pour des raisons de ressources humaines et d'organisations inhérentes au service, ce parcours de soin n'a pas été à ce jour finalisé.

L'US du CD de Bapaume bénéficie du passage d'un kinésithérapeute deux demi-journées par semaine. Un médecin rééducateur y dispense une consultation mensuelle afin de prioriser les patients nécessitant une rééducation par

kinésithérapie. Ce manque de moyens allonge le délai de prise en charge rééducative de certains patients.

Des sessions de promotion de la santé sont organisées et animées par les infirmières sur les deux établissements à destination de l'ensemble de la population. Des recommandations nationales sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire existent(83). Cibler plus particulièrement les personnes âgées ou en perte d'autonomie serait intéressant.

Les professionnels de l'AP sont en mesure de signaler à l'US les patients présentant des troubles du comportement ou des signes de perte d'autonomie notamment sur le plan de l'hygiène ou des chutes à répétition. Des formations de sensibilisation pourrait être effectuées quant aux problématiques liées à la perte d'autonomie et au vieillissement.

4. Conclusion

Notre étude a retrouvé une forte prévalence de patients en perte d'autonomie, ce qui est en accord avec les données de la littérature. L'âge était significativement différent entre nos deux sous-groupes. En revanche, on ne retrouvait pas de lien entre le genre et la perte d'autonomie, contrairement à ce qui a pu être retrouvé dans d'autres publications.

La forte prévalence de polymédication et de chutes dans le groupe non autonome et la mise en évidence de liens significatifs incite à réfléchir à la mise en place de moyens de dépistage et de prévention. Ces deux éléments entraînant une forte morbi-mortalité ainsi que des risques accrus d'hospitalisation(66)(84)(74).

Ceux qui avaient théoriquement le plus besoin de participer à des activités adaptées étaient ceux qui y participaient le moins.

Une étude multicentrique permettrait de donner plus de puissance aux résultats et d'intégrer les disparités de population qui peuvent exister entre les différents établissements pénitentiaires.

Dans un premier temps, des choses simples pourraient être mises en œuvre pour améliorer rapidement le quotidien des personnes en perte d'autonomie, comme la mise à disposition de piles pour les appareils auditifs, l'évaluation de la marche et la prescription d'aides techniques pour les personnes le nécessitant.

Le développement et la promotion du programme BVED est essentiel auprès de ces populations. En 1994, Aday évoquait déjà la nécessité de mettre en place des programmes spécifiques pour les personnes âgées incarcérées (85). D'autant plus que certains programmes d'activité physique adaptée aux personnes âgées ont un impact significatif sur la survenue de chutes(86)(87).

Actuellement, la participation au programme est proposée à tous les arrivants de 60 ans et plus mais certains ateliers manquent de place pour pouvoir accueillir tous ceux qui désirent y participer. Une collaboration avec l'US permettrait de cibler les patients qui en auraient le plus besoin.

Il existe différents outils et recommandations pour prévenir et réduire le risque de prescription potentiellement inappropriée en gériatrie qui insistent sur les médicaments à utiliser préférentiellement et soulignent ceux à éviter (88)(89)(90). L'utilisation de ces outils permettrait de réduire certaines complications liées à la iatrogénie.

La prévention des chutes est essentielle en regard des conséquences importantes en termes d'autonomie, d'hospitalisation, de mortalité et de coûts. Les facteurs de risques de chutes ont été définis et doivent être repérés précocement pour pouvoir agir en amont(75).

L'amélioration de la prise en charge des patients gériatriques ou en perte d'autonomie passe par la mise en place d'un repérage au sein de l'US et l'élaboration d'un parcours dédié vers une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire. Il serait intéressant d'effectuer systématiquement une évaluation gériatrique standardisée pour tous les détenus âgés et de la renouveler régulièrement, afin de repérer les personnes à risque de perte d'autonomie, de prévenir celle-ci et de mettre en place un suivi.

Une sensibilisation des soignants et du personnel de l'AP aux conséquences du vieillissement pourrait contribuer à améliorer le dépistage des personnes vulnérables ou fragiles et mieux préparer les professionnels aux difficultés auxquelles ce sujet les confrontent.

La formation des détenus aidants sur la base du volontariat pourrait également être envisagée. De tels programmes ont déjà été mis en place aux Etats-Unis(29).

Au-delà de la médecine pénitentiaire, la problématique soulevée ici est d'importance majeure. Avec un meilleur repérage, outre une orientation plus précoce, une amélioration des prises en charge permettrait une réduction des coûts et de la morbi-mortalité.

Cette problématique pose également la question du devenir des patients, que ce soit à leur libération ou de façon plus précoce lorsque leur maintien en détention n'est plus possible du fait de leur état de santé. Il existe alors des difficultés à trouver des places dans des structures adaptées, faute de place mais aussi du fait de réticences de la part de ces dernières à accueillir une personne issue du milieu carcéral(48)(91).

Une amélioration de la collaboration entre l'AP, le SPIP et l'US permettrait de faciliter le repérage des personnes vulnérables afin d'anticiper les démarches nécessaires et de mettre en place un suivi régulier, notamment en vue de la sortie. Sensibiliser les acteurs du médico-social et de la justice (comme les JAP), les structures d'hébergement accueillant des personnes âgées et / ou en perte d'autonomie est également essentiel, afin de faciliter la prise en charge de ces personnes à leur sortie de détention. La réduction des délais de mise en place des aides, à l'instauration ou à la réévaluation, ainsi que des délais de réalisation des expertises lors des demandes de SPMR est un autre axe d'amélioration de l'accompagnement de ces personnes.

Toutes ces mesures doivent être réalisés en coordination avec les différentes structures, unités sanitaires, centre hospitalier, gériatres, juges d'application des peines, administration pénitentiaire et SPIP.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288328?sommaire=1288404>
2. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288327?sommaire=1288404>
3. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
4. Da Roit B, Le Bihan B. Similar and yet so different: cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *Milbank Q.* sept 2010;88(3):286-309.
5. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 déc 28, 2015.
6. Ford A., Haug M., Stange K., Gaines A., Noelker L., Jones P. Sustained personal autonomy : a measure of successful aging / Le maintien de l'autonomie : une évaluation du vieillissement réussi. *Journal of aging and health.* 2000;(4):470.
7. AQUINO JP. Plan d'action national d'action et de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale; 2015 sept. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2015-plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015 mars.
9. Heidari R, Wangmo T, Galli S, Shaw DM, Elger BS, Handtkea V, et al. Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* nov 2017;52:223-8.
10. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Piper M, Jacoby R. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age Ageing.* 1 sept 2001;30(5):403-7.
11. Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, Conwell Y. Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. *Int J Geriatr*

Psychiatry. 1 oct 2017;32(10):1141-9.

12. Grill S, Telmon N. Synthèse: Handicap et prison. *Droit Deontologie & Soins*. 1 janv 2006;6:178-85.

13. Brillet E. Vieillesse(s) carcérale(s). *Cahiers d'étude pénitentiaires et criminologiques*. oct 2013;38:6.

14. Loeb SJ, Steffensmeier D, Lawrence F. Comparing incarcerated and community-dwelling older men's health. *West J Nurs Res*. mars 2008;30(2):234-49; discussion 250-258.

15. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. mars 2011;377(9769):956-65.

16. Désesquelles A, Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France: Quelles différences avec la situation en population générale? *Population (French Edition)*. janv 2005;60(1/2):71.

17. Stratégie Santé des personnes placées sous main de justice. France: Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice; 2017 avr.

18. Ministère de la Justice. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015. juin 2015;

19. Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

20. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

21. Instruction interministérielle N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

22. Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.

23. Kelk. Recommendation No. R(98) 7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. *European Journal of Health Law*. 1 sept 1999;6(3):265-78.

24. Hafiz C. Chronique: Suspension de peine pour raison médicale : la France condamnée par la CEDH pour l'insuffisance des mesures d'adaptation. *Droit Deontologie & Soins*. 1 juin 2015;15:141-60.

25. Les structures pénitentiaires [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire->

10037/les-structures-penitentiaires-14557.html

26. Prisons OI des. Comment expliquer la surpopulation des prisons françaises ? [Internet]. oip.org. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/comment-expliquer-la-surpopulation-des-prisons-francaises/>
27. Statistiques mensuelles de l'administration pénitentiaire. Ministère de la Justice; 2018 juill.
28. Luallen J, Kling R. A method for analyzing changing prison populations: explaining the growth of the elderly in prison. *Eval Rev.* déc 2014;38(6):459-86.
29. Williams BA, Lindquist K, Sudore RL, Strupp HM, Willmott DJ, Walter LC. Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1 avr 2006;54(4):702-7.
30. Aday RH. Aging in Prison: A Case Study of New Elderly Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 1 mars 1994;38(1):79-91.
31. Williams BA, Stern MF, Mellow J, Safer M, Greifinger RB. Aging in Correctional Custody: Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care. *Am J Public Health.* août 2012;102(8):1475-81.
32. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 21 sept 1963;185:914-9.
33. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
34. LaPlante MP. The Classic Measure of Disability in Activities of Daily Living Is Biased by Age but an Expanded IADL/ADL Measure Is Not. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 nov 2010;65B(6):720-32.
35. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiberger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res.* 6 sept 2018;
36. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
37. Coutton V. Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR): une tentative en France avec la grille aggir. *Gérontologie et société.* 2001;24 / n° 99(4):111-29.
38. Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR. 2008-821 août 21, 2008.

39. Vetel JM, Leroux R, Ducoudray JM. [AGGIR. Practical use. Geriatric Autonomy Group Resources Needs]. *Soins Gerontol.* juin 1998;(13):23-7.
40. Code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006174428&cidTexte=LEGITEXT000006074069>
41. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France - Juillet 2018 [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juillet_2018.pdf
42. Baillargeon J, Black SA, Pulvino J, Dunn K. The Disease Profile of Texas Prison Inmates. *Annals of Epidemiology.* 1 févr 2000;10(2):74-80.
43. Snyder C, van Wormer K, Chadha J, Jagers JW. Older Adult Inmates: The Challenge for Social Work. *Social Work.* 2009;54(2):117-24.
44. Warner LM, Ziegelmann JP, Schüz B, Wurm S, Tesch-Römer C, Schwarzer R. Maintaining autonomy despite multimorbidity: self-efficacy and the two faces of social support. *Eur J Ageing.* 10 févr 2011;8(1):3-12.
45. Gervais P. Évaluation des détenus âgés d'un centre pénitentiaire de l'Oise basée sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). *La revue de Geriatrie.* 9 nov 2010;35(9):659-669
46. Laplace L, Daniel J, Belloncle M, Robert PY, Bouchard I. Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest. [Internet]. 2 mars 2008 [cité 8 déc 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/106754>
47. Touraut C. Âges et usages des espaces carcéraux : l'expérience des détenus « âgés » en France, *Ages and Customs in Prison Environments : the Experience of « Senior » Inmates in France.* *Espaces et sociétés.* 2 juin 2015;(162):47-61.
48. Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement. Rapport - mai 2015. Institut National d'Etudes Demographiques;
49. Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France, Abstract, Resumen. *Population.* 2005;60(1):71-98.
50. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care survey. *Age Ageing.* juill 2004;33(4):396-8.
51. Harzke AJ, Baillargeon JG, Pruitt SL, Pulvino JS, Paar DP, Kelley MF. Prevalence of Chronic Medical Conditions among Inmates in the Texas Prison System. *J Urban Health.* 1

mai 2010;87(3):486-503.

52. Binswanger I, Krueger P, F. Steiner J. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of epidemiology and community health*. 1 août 2009;63:912-9.

53. Raimer BG, Stobo JD. Health Care Delivery in the Texas Prison System: The Role of Academic Medicine. *JAMA*. 28 juill 2004;292(4):485-9.

54. Colsher PL, Wallace RB, Loeffelholz PL, Sales M. Health status of older male prisoners: a comprehensive survey. *Am J Public Health*. juin 1992;82(6):881-4.

55. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. mars 2005;(386):12.

56. Godin-Blandeau E. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger / 2014 - Institut de veille sanitaire [Internet]. 2014 [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger>

57. Marengoni A, Strauss EV, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*. 1 févr 2009;265(2):288-95.

58. Andersen H. Motor dysfunction in diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 28(S1):89-92.

59. Pérennou D, Decavel P, Manckoundia P, Penven Y, Mourey F, Launay F, et al. Évaluation de l'équilibre en pathologie neurologique et gériatrique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. juill 2005;48(6):317-35.

60. Cloos J-M, Stein R, Rauchs P, Koch P, Chouinard P. Addictions aux benzodiazépines: prévalence, diagnostic et traitement. [Benzodiazepine addiction: prevalence, diagnosis and treatment]. *EMC - Psychiatrie*. 1 janv 2011;1-10.

61. Kuhlmann R, Ruddell R. Elderly Jail Inmates: Problems, Prevalence and Public Health. *Californian Journal of Health Promotion*. 2005;3(2):12.

62. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée, Newly understanding depression in elderly. *Gérontologie et société*. 2008;31 / n° 126(3):141-55.

63. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Questions*

d'économie de la santé. déc 2014;(204):8.

64. Carey IM, De Wilde S, Harris T, Victor C, Richards N, Hilton SR, et al. What factors predict potentially inappropriate primary care prescribing in older people? Analysis of UK primary care patient record database. *Drugs Aging*. 2008;25(8):693-706.

65. Corsonello A, Pedone C, Incalzi RA. Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Curr Med Chem*. 2010;17(6):571-84.

66. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age Ageing*. 1 janv 2008;37(1):96-101.

67. Banerjee A, Mbamalu D, Ebrahimi S, Khan AA, Chan TF. The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department - a problem with a need for an effective solution. *Int J Emerg Med*. 2 juin 2011;4:22.

68. Di Lorito C, Völlm B, Dening T. The individual experience of ageing prisoners: systematic review and meta-synthesis through a Good Lives Model framework. *Int J Geriatr Psychiatry*. févr 2018;33(2):252-62.

69. Williams BA, Baillargeon JG, Lindquist K, Walter LC, Covinsky KE, Whitson HE, et al. Medication prescribing practices for older prisoners in the Texas prison system. *Am J Public Health*. avr 2010;100(4):756-61.

70. VOYNET D. Restructuration de la filière visuelle. Inspection générale des affaires sociales. juill 2015;80.

71. Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance en prison. Institut National d'Etudes Démographiques; 2001 mai.

72. EuroTrak France 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.observatoire-groupeopti2000.fr/wp-content/uploads/2015/05/EuroTrak_2015_FRANCE_PARIS.pdf

73. Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom | *Journal of Epidemiology & Community Health* [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://jech.bmj.com/content/57/9/740>

74. Lesser A, Israni J, Kent T, Ko KJ. Association Between Physical Therapy in the Emergency Department and Emergency Department Revisits for Older Adult Fallers: A Nationally Representative Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. [cité 9 sept 2018];0(0). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15469>

75. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 sept 2012;(9):CD007146.
76. Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'Loughlin P, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ.* 7 août 2012;345(aug07 1):e4547-e4547.
77. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 1 août 2015;15(88):188-90.
78. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
79. Code de procédure pénale - Article 720-1-1. Code de procédure pénale.
80. Caron C. Suspension de peine pour raison médicale : État des lieux des connaissances et ressenti des médecins des dispositifs de soins. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université Lille 2 - Droit et Santé; 2017.
81. Décret n°84-77 du 30 janvier 1984 MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DU CODE DE PROCEDURE PENALE (3EME PARTIE: DECRETS). 84-77 janv 30, 1984.
82. Ollivaux J. La dépendance des personnes détenues [Internet] [Mémoire]. Ecole nationale de l'administration pénitentiaire; 2013. Disponible sur: <https://www.enap.justice.fr/directeurs-des-services-penitentiaires>
83. Etat des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012 juin.
84. The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department - a problem with a need for an effective solution [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3121581/>
85. Aday RH. Golden Years Behind Bars: Special Programs and Facilities for Elderly Inmates. *Federal Probation.* Vol. 58-N°2. juin 1994;47-54.
86. Zhuang J, Huang L, Wu Y, Zhang Y. The effectiveness of a combined exercise intervention on physical fitness factors related to falls in community-dwelling older adults. *Clin Interv Aging.* 2014;9:131-40.
87. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the « Otago exercise programme » reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* nov

2010;39(6):681-7.

88. Blain H, Rambourg P, Le Quellec A, Ayach L, Biboulet P, Bismuth M, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. *La Revue de Médecine Interne*. oct 2015;36(10):677-89.

89. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. févr 2008;46(2):72-83.

90. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.

91. Rohrbasser J-M, Moulias R, Blanchard F. Autour du thème : doit-on maintenir les vieillards en prison ? *Gérontologie et société*. 1 avr 2009;24 / n° 98(3):219-37.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire (1/2)

QUESTIONNAIRE PERTE D'AUTONOMIE

Date :
Femme / Homme (Entourez la réponse)

Âge :
Trois premières lettres Nom / Prénom :

Numéro d'anonymisation :

N° anonymisation :

I. AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (Grille AGGIR)

Veillez cocher le niveau de difficulté correspondant à chaque acte de la vie quotidienne :

Actes de la vie quotidienne	Pas de difficulté	Réalisable seul avec difficulté	Impossible à réaliser seul
Communiquer et se comporter de façon censée par rapport aux normes admises			
Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir) dans les lieux habituels			
Capacité à faire la toilette du haut			
Capacité à faire la toilette du bas			
S'habiller seul, totalement et correctement pour les vêtements du haut			
S'habiller seul, totalement et correctement pour les vêtements du bas			
S'habiller seul, totalement et correctement pour les vêtements du milieu (boutons, ceinture, bretelles)			
Se servir les aliments seul, totalement et correctement (couper la viande, ouvrir un pot, verser à boire, peler un fruit...)			
Manger seul totalement et correctement			
Assurer seul et correctement l'hygiène lorsque j'urine			
Assurer seul et correctement l'hygiène lorsque je vais à la selle			
Transferts : se lever seul (du lit, fauteuil ou sol), se coucher et s'asseoir seul			
Déplacements à l'intérieur: se déplacer seul (même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant)			
Déplacements à l'extérieur (en dehors de la cellule) : se déplacer seul			
Communication à distance : utiliser le téléphone et/ou l'interphone			

Gestion : gérer ses affaires et son budget			
Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
Ménage : Faire seul, totalement et correctement le ménage en cellule			
Achats : Gérer seul totalement et correctement les achats			
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin			
Activités de temps libre : activités sportives, sociales, loisirs ou passe temps			

II. ETAT DE SANTE ET TRAITEMENT

Veillez entourer la ou les réponses correspondantes à votre état actuel :

1. Êtes vous suivi pour des maladies chroniques? oui / non
2. Si oui, lesquelles ?
3. Avez vous des problèmes de vue? Aucune / Gêné léger / Gêné moyenne / Gêné importante
4. Avez vous des lunettes? oui / non
5. Si oui, sont elles adaptées? oui / non
6. Avez vous des problèmes d'audition? Aucune / Gêné léger / Gêné moyenne / Gêné importante
7. Avez vous un appareil auditif? oui / non
8. Si oui, est il adapté? oui / non
9. Avez vous des difficultés à manger (mastiquer et avaler)? Aucune / Gêné léger / Gêné moyenne / Gêné importante
10. Avez vous un appareil dentaire? oui / non Préciser le type :
11. Si oui, est il adapté? oui / non
12. Avez vous chuté au cours de ces 12 derniers mois ? oui / non
13. Si oui, combien de fois?
14. Prenez vous un traitement médicamenteux au long cours? oui / non

Annexe 1 : Questionnaire (2/2)

QUESTIONNAIRE PERTE D'AUTONOMIE

15. Si oui, lequel?
 16. Combien de médicaments différents prenez vous chaque jour ?
 17. Comment vous sont délivrés vos médicaments?
 18. Participez vous aux activités proposées au sein du centre de détention ?
 19. Si oui, lesquelles (entourez les réponses) ?
 20. Si non pour quelles raisons ?

Aucun / Moins de 5 / De 5 à 10 / Plus de 10
 Au mois / A la semaine / A la journée / Pâillier à la semaine / Pâillier à la journée
 oui / non
 jardinage / chorale / sport / yoga / poterie / atelier mémoire
 autre (précisez) :

III - AIDES HUMAINES

Veillez entourer la ou les réponses correspondantes à votre état actuel :

21. Disposez vous de l'aide d'une personne, même occasionnelle ?
 22. Si oui, est ce :
 23. Si oui, est ce une aide pour
 24. Si vous ne disposez pas de l'aide d'une personne, pensez-vous que votre état de santé en nécessite une ?
 25. Si oui, pour quelle activité ?

oui / non
 Un codétenu / Un membre de l'administration pénitentiaire /
 Un membre de l'unité sanitaire / un professionnel soignant extérieur (infirmière, aide soignante...)
 les transferts (se lever du lit ou d'une chaise, aller sur les WC...) / l'habillage / faire sa toilette /
 les déplacements / l'alimentation / autre activité (préciser):
 oui / non
 les transferts (se lever du lit ou d'une chaise, aller sur les WC...) / l'habillage / faire sa toilette /
 les déplacements / l'alimentation / autre activité (préciser):

IV - AIDES TECHNIQUES

26. Si vous disposez d'aides techniques ou de matériel médical, ou si vous estimez que votre état de santé le nécessite, veuillez remplir le tableau ci dessous en cochant les cases correspondantes.

Type de Matériel	Je dispose de	J'estime avoir besoin de
Lit médicalisé		
Lève malade		
Déambulateur		
Canne simple		
Canne tripode		
Fauteuil roulant		
Barre de douche		
Barre de WC		
Chaise de douche		
Protections urinaires		
Couverts adaptés (verres, fourchettes...)		
Autre :		

V- PERTE D'AUTONOMIE ET INCARCERATION

Veillez entourer la ou les réponses correspondantes à votre état actuel :

27. Depuis combien de temps êtes vous incarcéré ?
 28. Si vous avez perdu de l'autonomie, votre perte d'autonomie est elle antérieure à l'incarcération ?
 29. Avez vous le sentiment que votre autonomie s'est dégradée en cours d'incarcération ?
 30. Disposez vous d'une cellule individuelle ?
 31. Une demande de suspension de peine pour raison médicale a-t-elle été faite ?
 32. Une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie a-t-elle été réalisée ?
 33. Avez vous un handicap ou une invalidité reconnu ?
 34. Bénéficiez vous d'une mesure de protection ?
 35. Si oui, laquelle ?

Moins de 2 ans / Entre 2 et 5 ans / Entre 5 et 10 ans / Plus de 10 ans
 oui / non
 oui / non
 oui / non
 oui / non / je ne sais pas
 Curatelle / Curatelle renforcée / Tutelle

Merci de votre collaboration !

N° d'anonymisation

Annexe 2 : Affiche d'information**A L'ATTENTION DES PATIENTS**

Dans le cadre de l'élaboration de ma thèse (travail de fin d'études de médecine), je réalise en collaboration avec les membres de l'unité sanitaire une étude sur la perte d'autonomie chez les patients de plus de 55 ans en milieu carcéral.

Le but de ce travail est de mettre en évidence les difficultés et les besoins au quotidien de ces patients, ceci dans l'optique de pouvoir améliorer la qualité de la prise en charge sur le plan de l'autonomie.

Pour réaliser cette étude, un questionnaire à remplir sera prochainement proposé à toutes les personnes âgées de 55 ans et plus (hommes et femmes). Vous pourrez en cas de difficulté, vous faire aider pour répondre à ce questionnaire.

La participation à cette étude n'est pas obligatoire et les données seront stockées et traitées de manière anonyme et sécurisée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informés des résultats de l'étude, une fois celle-ci terminée.

N'hésitez pas, si nécessaire à demander de plus amples informations auprès du personnel de l'Unité Sanitaire.

En vous remerciant de votre collaboration.

Brahim ATTANOUTI

Annexe 3 : Lettre d'information et fiche de consentement (1/4)

LETTRE D'INFORMATION
DESTINEE AUX PATIENTS
POUR PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE DE LA REALISATION
D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE

Etude de l'autonomie des patients de 55 ans et plus, incarcérés à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la réalisation d'une thèse de Médecine Générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation, et éventuellement de demander aux responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Nous sommes confrontés depuis les années 90 à un vieillissement de la population carcérale. En 1990, 5% de la population écrouée était âgée de plus de 50 ans. En 2014, cette proportion atteint 11,7%.

L'âge est directement corrélé à la perte d'autonomie, que ce soit dans la population générale, ou chez les personnes incarcérées. Cependant, les différentes études menées sur les populations carcérales montrent que les personnes incarcérées sont globalement plus vulnérables et en moins bonne santé que le reste de la population. Ce qui peut entraîner plus rapidement l'apparition d'une perte d'autonomie ou d'une fragilité.

Ce contexte nous amène à la réalisation de cette étude. Le but de ce travail est d'évaluer le degré d'autonomie des patients âgés de 55 ans et plus incarcérés à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume et de connaître les aides mises à la disposition de ces derniers.

Annexe 3 : Lettre d'information et fiche de consentement (2/4)

Nous souhaitons également pouvoir mettre en avant des facteurs de risque associés à la perte d'autonomie.

La finalité de cette étude est de pouvoir améliorer la qualité de prise en charge des patients sur le plan de l'autonomie à travers la mise en évidence des facteurs de risque de perte d'autonomie et des aides existantes. Nous souhaitons sensibiliser le personnel soignant de l'Administration pénitentiaire sur vos conditions de vie et vos difficultés et permettre un dépistage précoce et adapté de la perte d'autonomie.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

La participation à cette étude se fait sur la base du volontariat. Seules les personnes âgées de 55 ans et plus seront invitées à participer.

Un questionnaire papier sera remis à chaque personne volontaire. Celui-ci contiendra une série de questions. Chacun est invité à répondre de la façon la plus objective qui soit.

Les personnes qui le souhaitent pourront se faire assister lors du remplissage du questionnaire.

Cette étude nécessitant la prise en compte de certaines données médicales (notamment vos antécédents médicaux et traitements en cours), il sera nécessaire d'accéder à votre dossier médical. La confidentialité des données recueillies sera bien évidemment préservée (cf paragraphe **LEGISLATION - CONFIDENTIALITE**).

Aucun examen paraclinique (prise de sang, radiographies...) ne sera réalisé. Cependant, il est possible que pour des raisons d'objectivité, une brève évaluation clinique soit nécessaire (marche de quelques pas, questions pour évaluer le degré d'orientation...).

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à cette étude n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par la personne réalisant la thèse.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude, Docteur Marie CHEVELLE et M. Brahim ATTANOUTI et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A

Annexe 3 : Lettre d'information et fiche de consentement (3/4)

l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Le personnel impliqué dans cette étude est soumis au secret professionnel.

Les données seront conservées jusqu'à la date de soutenance publique de la thèse par M. Brahim ATTANOUTI, prévue en octobre 2018.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé et d'un stockage sécurisé par le responsable de la thèse. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de M. Brahim ATTANOUTI, conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Le projet a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL via le Centre Hospitalier d'Arras.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez. Ceux-ci seront mis à disposition de l'unité sanitaire une fois le travail finalisé.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, **vous pourrez contacter le responsable de l'étude, M. Brahim ATTANOUTI, via l'unité sanitaire.**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 3 : Lettre d'information et fiche de consentement (4/4)

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE DE LA REALISATION
D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE**

Etude de l'autonomie des patients âgés de 55 ans et plus, incarcérés à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume.

Je soussigné(e)

accepte de participer à l'étude « Evaluation de l'autonomie des patients âgés de 55 ans et plus incarcérés à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par M. Brahim ATTANOUTI.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant, recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de M. Brahim ATTANOUTI.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Brahim ATTANOUTI

Signature du patient

Annexe 4 : Formulaire de déclaration à la CNIL

Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Formalité CNIL en cas d'exploitation de données à caractère personnel

Discipline : Etude portant sur la perte d'autonomie en milieu carcéral

	Dispense	Le
	Demande simplifiée	Le
	Méthodologie de référence dans le domaine de la santé	Le
X	Inscription au registre de l'établissement	Le 18/07/2018
	Demande d'avis	Le
	Demande d'autorisation	Le
	Demande d'autorisation d'un traitement de recherche dans le domaine de la santé	Le
	Demande d'autorisation d'un traitement	Le

Daphné JAYET

Chargée de la protection des données personnelles

57 Avenue Winston Churchill
62022 ARRAS Cedex

AUTEUR : ATTANOUTI Brahim

Date de Soutenance : 17 octobre 2018

Titre de la Thèse : Etude de l'autonomie des personnes âgées de 55 ans et plus incarcérées au centre de détention de Bapaume et à la maison d'arrêt d'Arras

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine Générale

Mots-clés : Vieillesse, autonomie, dépendance, prison.

Résumé :

Contexte : Depuis trois décennies, nous assistons à un vieillissement de la population carcérale. Les personnes incarcérées sont plus vulnérables et plus exposées aux phénomènes de vieillissement que la population générale. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'autonomie des personnes âgées de plus de 55 ans incarcérées à la maison d'arrêt d'Arras et au centre de détention de Bapaume. Les objectifs secondaires étaient de décrire les facteurs associés à la perte d'autonomie, les aides mises en place et le nombre de demandes de suspension de peine pour raison médicale.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive transversale prospective monocentrique, au sein des établissements pénitentiaires rattachés au centre hospitalier d'Arras. Au cours des mois de juin et juillet 2018, les participants ont répondu à un questionnaire qui reprenait la grille AGGIR et collectait d'autres renseignements, notamment médicaux.

Résultats : Cent quarante-quatre patients ont participé à l'étude, parmi eux 20,8% (n=30) étaient considérés en perte d'autonomie avec un GIR \leq 4. Les principales difficultés retrouvées concernaient la marche, les transferts et le ménage en cellule. Les facteurs associés à la perte d'autonomie étaient l'âge, les pathologies métaboliques, endocriniennes, neurologiques et neurodégénératives, la consommation de médicaments, la gêne auditive ($p < 0,05$), la polymédication et la survenue de chute ($p < 0,01$). Vingt-trois personnes (16%) bénéficiaient d'une aide humaine, les principaux aidants étaient les codétenus. Cinquante-six patients (38,9%) estimaient que leur autonomie s'était dégradée au cours de la détention. Cependant, la durée d'incarcération n'était pas significativement liée à la perte d'autonomie ($p = 0,808$).

Conclusion : La prévalence de patients en perte d'autonomie incite à sensibiliser tous les intervenants en milieu pénitentiaire au vieillissement et à ses conséquences. Il est essentiel de mettre en place une filière de soins spécialisée et d'orienter précocement les patients le nécessitant.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN, Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie CHEVELLE