



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vieillesse écrouée, vieillir en prison : modalités des soins
psychiatriques proposés aux personnes âgées détenues dans les
établissements pénitentiaires des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2021 à 16 heures
au Pôle Recherche
par **Wanda BLERVAQUE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Docteur Jean ROCHE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Suzanne BUYLE-BODIN

AVERTISSEMENT

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

LISTES DES ABREVIATIONS

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ADL : Activities Daily Living

ASH : Allocation Sociale à l'Hébergement

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

BREF : Batterie Rapide d'Efficiace Frontale

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CD : Centre de Détention

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} édition

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNE : Centre National d'Évaluation

CP : Centre Pénitentiaire

CPP : Code de Procédure Pénale

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DISP : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DLFT : Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5*

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

DSS : Dispositif de Soins Somatiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

JAP : Juge d'Application des Peines

MA : Maison d'Arrêt

MCI : *Mild Cognitive Impairment*

MCL : Maladie à Corps de Lewy

MMSE : Mini Mental State Evaluation

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (= WHO : *World Human Organization*)

PPA : Psychiatrie de la Personne Âgée

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'État

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

TCV : Trouble Cognitif Vasculaire

TNC : Trouble neurocognitif

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
A. DEFINITIONS, ENJEUX SOCIETAUX ET SANITAIRES DU VIEILLISSEMENT	1
1. <i>Vieillesse démographique, vieillissement physiologique</i>	1
2. <i>Pathologies du vieillissement</i>	2
3. <i>Psychiatrie spécialisée de la personne vieillissante</i>	6
B. INCARCERATION DE LA PERSONNE AGEE	6
1. <i>Parcours judiciaire, spécificités juridiques liées à l'âge</i>	6
a. Résumé du parcours judiciaire général	6
b. Responsabilité et irresponsabilité	7
c. Mesures d'aménagements de peine	9
2. <i>Épidémiologie de la population carcérale âgée</i>	11
a. La personne âgée en prison : définition d'un âge seuil.....	11
b. Données sociodémographiques	13
c. Aspects criminologiques	15
C. PERSONNES AGEES INCARCEREES : ASPECTS SANITAIRES.....	17
1. <i>Organisation des soins en milieu carcéral</i>	17
2. <i>Santé des personnes âgées incarcérées</i>	20
a. Facteurs de risque environnementaux.....	20
b. Prévalence des troubles psychiatriques.....	22
c. Aspects gériatriques en milieu carcéral.....	27
1° Comorbidités physiques et perte d'autonomie.....	27
2° Troubles cognitifs.....	28
3° Troubles cognitifs et criminologie	30
D. <i>L'ultra-minorité des femmes âgées incarcérées</i>	32
E. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	33
II. METHODE	35
A. DESCRIPTION DES SOINS PSYCHIATRIQUES APPORTES AUX PERSONNES AGEES EN MILIEU CARCERAL	35

B. DESCRIPTION DE LA POPULATION AGEE INCARCEREE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.....	36
1. <i>Données démographiques et judiciaires</i>	37
2. <i>Données sanitaires</i>	37
a. Hôpitaux de jour et en UHSA.....	37
b. Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie	38
C. STATISTIQUES.....	40
III. RESULTATS.....	41
A. QUESTIONNAIRE MEDICAL - SOINS PSYCHIATRIQUES AUX PERSONNES AGEES INCARCEREES	41
1. <i>Données générales</i>	41
2. <i>Estimation des compétences</i>	43
3. <i>Âge seuil et épidémiologie des troubles psychiques des personnes âgées incarcérées</i>	44
4. <i>Habitudes de prescription des traitements psychotropes</i>	47
5. <i>Autres aspects sanitaires</i>	50
6. <i>Évaluations cognitives</i>	50
7. <i>Évaluations spécifiques, avis spécialisés et orientation hospitalière</i>	51
8. <i>Vie quotidienne en milieu carcéral</i>	52
9. <i>Devenir après l'incarcération</i>	53
B. DESCRIPTION DE LA POPULATION AGEE INCARCEREE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE.....	54
1. <i>Données démographiques</i>	54
2. <i>Données pénitentiaires : catégorie pénale et type d'infraction</i>	58
3. <i>Données par établissement pénitentiaire</i>	59
4. <i>Données sanitaires</i>	62
a. Hospitalisations en UHSA et hôpitaux de jour	62
b. Données du Rim-P	62
1° Nombre d'actes de psychiatrie en 2017	62
2° Hospitalisations en secteur de psychiatrie générale.....	63
IV. DISCUSSION	64
A. PRINCIPAUX RESULTATS DE NOTRE ETUDE ET MISE EN PERSPECTIVE	64

1. Des différents profils de la personne âgée incarcérée	64
2. Des soins psychiatriques rarement spécifiques.....	67
a. Une tranche d'âge oubliée des perspectives de soins spécifiques au vieillissement et à ses risques.....	67
b. Un maniement des psychotropes globalement cohérent avec les risques iatrogéniques liés au vieillissement..	68
c. Un recours inconstant aux soins hospitaliers et ambulatoires	71
d. Une approche incomplète de la problématique cognitive	73
3. Des connaissances et de la formation des médecins d'USMP en médecine de la personne âgée	74
3. De la complexité de la fin d'incarcération.....	76
5. Des agents pénitentiaires en difficultés au sein d'infrastructures inadaptées au vieillissement et au handicap.....	78
B. ÉTHIQUE ET SENS DE LA PEINE.....	83
C. LIMITES ET PERSPECTIVES.....	84
D. SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES INCARCEREES	86
1. Premier axe : les aspects sanitaires	86
2. Deuxième axe : l'environnement et le personnel pénitentiaire	89
3. Troisième axe : projet de libération et travail partenarial.....	90
V. CONCLUSION.....	92
REFERENCES	94
ANNEXES	108
ANNEXE I : GRILLE NATIONALE AGGIR	108
ANNEXE II : ORGANISATION JUDICIAIRE REPRESSIVE : DEROULEMENT CLASSIQUE DU PROCES PENAL POUR LES PERSONNES MAJEURES	109
ANNEXE III : ÉTABLISSEMENTS PENITENTIAIRES EN FRANCE POUR L'ACCUEIL DES PERSONNES MAJEURES INCARCEREES	110
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS TRAVAILLANT EN USMP	111
ANNEXE V : EFFECTIFS ET PROPORTIONS DES PERSONNES DE 55 ANS OU PLUS EN POPULATION CARCERALE.....	122

I. Introduction

Les personnes âgées incarcérées sont de plus en plus nombreuses en France et dans le monde. L'augmentation de cette population spécifique entraîne de multiples défis sociodémographiques, judiciaires et sanitaires.

Au cours de cette introduction, nous définirons dans un premier temps certaines notions utiles à la compréhension des mécanismes et enjeux du vieillissement individuel et populationnel. Certaines pathologies du vieillissement seront explicitées.

Ensuite, en appui de la littérature scientifique, des précisions seront apportées concernant les aspects connus juridiques et sociodémographiques relatifs aux personnes âgées incarcérées. Des données plus exhaustives seront décrites concernant les aspects sanitaires présentés par cette population.

Dans cette continuité, la situation particulière des femmes âgées incarcérées retiendra notre attention.

Pour terminer cette introduction, les objectifs de cette étude seront présentés.

A. Définitions, enjeux sociétaux et sanitaires du vieillissement

1. Vieillissement démographique, vieillissement physiologique

La France, à l'image du reste du monde, voit sa population vieillir. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la part d'âgés de plus de 60 ans passera de 11% à 20% de l'effectif mondial total d'ici 2050. A ce même terme, plus de cinquante pays, dont la France, verront cette même part des plus de 60 ans représenter un tiers de leurs populations respectives (1). Seul le Japon est dans cette situation en 2020.

Bien vieillir implique le déroulement adéquat de nombreux processus génétiques, biologiques, psychiques, sociaux et sociétaux propres au **vieillissement**, dans un contexte environnemental et socio-culturel favorable. Le « bien vieillir » est un axe de prévention en santé pour chaque individu de tout âge, car la prévention de l'apparition de pathologies et de troubles susceptibles d'accélérer le vieillissement et de réduire l'espérance de vie se réalise dès le plus jeune âge.

2. Pathologies du vieillissement

Un **syndrome gériatrique** décrit un problème de santé fréquemment retrouvé chez le sujet âgé, et dont la fréquence augmente avec l'âge. Il n'en existe pas de définition consensuelle à ce jour. Selon Inouye et al., le syndrome gériatrique présente plusieurs facteurs étiologiques, favorisant comme précipitants, s'intriquant entre eux pour en résulter une pathogénie spécifique (2).

L'aspect multifactoriel et cumulatif est essentiel au syndrome gériatrique, à l'inverse de ce que peut représenter un « syndrome » en langage médical courant, souvent unifactoriel et qui désigne un ensemble de symptômes.

La littérature scientifique décrit un nombre variable de syndromes gériatriques.

Les plus couramment décrits sont par exemple :

- La confusion mentale ;
- Les chutes ;
- Les troubles sensoriels : troubles de la vision, troubles de l'audition, ou encore troubles de la sensibilité ;
- La dénutrition protéino-énergétique ;
- Les escarres ;

- L'incontinence ;
- Les troubles neurocognitifs ;
- Le syndrome dépressif ;
- La perte d'autonomie.

L'**autonomie** est définie dans le Collège des Enseignants de Gériatrie comme « *la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir) ; la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs* » (3).

L'**indépendance fonctionnelle** est un champ de l'autonomie qui suppose la réalisation de tous les actes de la vie quotidienne sans aide humaine, ainsi qu'une capacité d'adaptation à l'environnement.

Dans le champ médico-social, la perte d'autonomie est mesurée individuellement par la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) qui attribue un Groupe Iso-Ressources (GIR) aux personnes âgées de plus de 60 ans selon leur niveau d'autonomie (4). Les GIR varient de 1 à 6 – un GIR 6 correspondant à un niveau d'autonomie complète et un GIR 1 à une perte d'indépendance fonctionnelle totale. La grille AGGIR évalue diverses activités de la vie quotidienne corporelles, mentales, domestiques et sociales. Elle est présentée en **Annexe I** (5).

La notion de **fragilité** est quant à elle centrale en pratique clinique gériatrique quotidienne. Il s'agit d'un état de vulnérabilité acquise du sujet âgé, dont les réserves physiologiques lui permettant de faire face aux évènements « stressseurs » d'ordre médicaux se sont réduites avec le temps, du fait de facteurs multiples liés au

vieillesse physiologique et/ou aux pathologies chroniques et aiguës intercurrentes. Également décrite comme syndrome gériatrique, la fragilité peut être définie depuis 2001 par les critères phénotypiques de Fried chez les sujets de 65 ans et plus (6) :

- Perte de poids involontaire de plus de 4,5 kilogrammes (ou supérieure ou égale à 5% du poids) ;
- Épuisement ressenti par le patient ;
- Vitesse de marche ralentie ;
- Baisse de la force musculaire et sédentarité.

La présence de trois critères ou davantage définit un état de fragilité. Présenter un seul critère qualifie un état pré-fragile. Les personnes ne présentant aucun de ces critères sont dites robustes.

La fragilité est un état potentiellement réversible. Son repérage et sa prise en charge précoce, préconisés par la Haute Autorité de Santé (HAS), pourrait ainsi réduire le risque d'hospitalisation, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation, et de décès prématuré (7).

Les **troubles neurocognitifs** (TNC) sont des atteintes acquises d'une ou plusieurs fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives, activités perceptivo-motrices, apprentissage et mémoire, langage, cognition sociale). Ces troubles sont divisés en deux groupes dans la 5^{ème} version du *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* (ou DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (8):

- Les **troubles neurocognitifs légers** correspondent à la catégorie nosographique des *Mild Cognitive Impairment* (MCI), désignant des troubles cognitifs modestes n'entravant pas le niveau d'autonomie de la personne, quel

que soit le champ cognitif touché. Ce déclin cognitif est pathologique, plus rapide ou plus sévère que ne l'entraînerait la modification des capacités cognitives avec le vieillissement physiologique. Mais il n'évolue pas toujours vers un trouble neurocognitif majeur : il peut en effet se stabiliser, voire selon certaines études récentes régresser (9);

- Les **troubles neurocognitifs majeurs**, autrefois appelés « démences », désignent une altération cognitive sévère ayant un impact sur le niveau d'autonomie de la personne touchée.

Les troubles neurocognitifs sont précisés par leur étiologie, lorsqu'elle est connue ou fortement suspectée. Dans le champ des pathologies neurodégénératives, plus fréquentes chez le sujet âgé, le chef de file est la maladie d'Alzheimer suivie de ses maladies apparentées, plus rares, telles que la Maladie à Corps de Lewy (MCL), la Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT), ou les Troubles Cognitifs Vasculaires (TCV).

D'autres pathologies moins fréquentes chez le sujet âgé peuvent engendrer des troubles neurocognitifs. De manière non exhaustive, on retrouve par exemple des causes traumatiques, toxiques (notamment l'abus chronique d'alcool), épileptiques, auto-immunes, paranéoplasiques, métaboliques, infectieuses ou encore iatrogènes.

En raison de sa nature multifactorielle, la prise en charge d'un syndrome gériatrique requiert nécessairement une approche médicale globale, d'autant que plusieurs syndromes gériatriques sont souvent associés chez un même patient.

Certaines problématiques médicales fréquentes chez le sujet âgé, ainsi que certains syndromes gériatriques, font partie du champ d'exercice spécifique du

médecin psychiatre. Parfois même, l'offre de soins permet de bénéficier de soins psychiatriques spécifiques au sujet âgé.

3. Psychiatrie spécialisée de la personne vieillissante

La **psychiatrie de la personne âgée (PPA)**, parfois appelée **gérontopsychiatrie**, concerne la prise en charge des troubles psychiatriques du sujet âgé. Ces derniers peuvent être similaires à ceux rencontrés chez les sujets plus jeunes, ou au contraire être apparus dans le cadre du vieillissement.

La **psychogériatrie** s'adresse en général plus spécifiquement aux patients présentant des troubles psycho-comportementaux dans un contexte de pathologies neurodégénératives ou cérébrovasculaires.

Les définitions de la psychiatrie de la personne âgée, de la gérontopsychiatrie, ou de la psychogériatrie ne sont pas toujours consensuelles. En pratique, elles sont souvent liées, voire indissociées selon les lieux de soins (10).

B. Incarcération de la personne âgée

1. Parcours judiciaire, spécificités juridiques liées à l'âge

a. Résumé du parcours judiciaire général

Dans le vocabulaire juridique, les comportements criminels sont définis comme des **infractions**, classées en trois types selon leur niveau de gravité croissant (article 111-1 du Code Pénal) : les **contraventions**, les **délits**, et les **crimes**. L'organisation judiciaire répressive déroule en général le procès pénal en quatre temps. Il est résumé en **Annexe II**.

Il n'existe pas de juridiction spécifique à la personne âgée, contrairement à la justice des mineurs.

Lors d'une condamnation à une peine d'enfermement, divers établissements pénitentiaires sont susceptibles d'accueillir l'auteur de l'infraction selon le régime de détention et les catégories de condamnation (11,12). Ils sont présentés en **Annexe III**. Ces établissements peuvent accueillir toute personne incarcérée majeure, quel que soit son âge. Encore une fois, contrairement à la justice pénale des mineurs, il n'existe pas d'aménagement spécifique prévu dans la loi concernant l'emprisonnement des personnes âgées.

A noter que les établissements pénitentiaires sont administrés par une **Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires** (DISP), au nombre de dix en France métropolitaine et en Outre-mer. Les DISP couvrent chacune un territoire appelé « interrégion pénitentiaire » et sont composées d'une ou plusieurs région(s) administrative(s).

b. Responsabilité et irresponsabilité

L'existence de troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques au moment d'un fait infractionnel peut conditionner la responsabilité pénale entière ou partielle de son auteur. Il y a alors respectivement **abolition ou altération du discernement** au moment des faits.

Ce cas de figure, qui peut concerner une personne âgée mise en cause lors de faits infractionnels, est prévu sur le plan législatif. Ainsi, l'article 122-1 du Code Pénal dispose :

« §1 – N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

§2 – La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

La question de la responsabilité d'un individu souffrant de troubles psychiques au moment des faits est évaluée par un ou plus expert(s) psychiatre(s), dont la mission est d'éclairer les juges en charge de prononcer la peine et d'éventuellement la coordonner à des soins adaptés.

Cette expertise psychiatrique, dite **pré-sentencielle**, est requise par le juge. L'expert psychiatre peut également être amené à informer le juge sur le degré de dangerosité de la personne mise en examen.

Une personne déclarée irresponsable pénalement n'est ainsi pas condamnée. Une admission en soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète est alors

ordonnée. En revanche, la déclaration d'irresponsabilité pénale n'empêche aucunement les actions civiles : l'auteur d'infraction est alors susceptible de devoir réparation du préjudice en faveur des parties civiles, si ces dernières en formulent la demande auprès du Tribunal Correctionnel.

c. Mesures d'aménagements de peine

Comme l'ensemble de la population carcérale, les personnes âgées incarcérées peuvent bénéficier de mesures d'aménagement de peine.

Tout d'abord, une **suspension de peine pour raison médicale** peut être prononcée, s'il est établi que les personnes condamnées sont atteintes « *d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec la détention* » (article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale (CPP)).

Cette mesure intéresse particulièrement les personnes détenues âgées, notamment en fin de vie, et est ordonnée par le Juge d'Application des Peines (JAP) ou le tribunal d'application des peines sans tenir compte de la durée de la peine ou du motif d'incarcération, même si le degré de dangerosité présumé peut être toutefois pris en compte dans la décision d'octroi de la mesure. Ce dispositif nécessite normalement une expertise médicale préalable (13), mais la loi prévoit depuis 2009 qu'en cas d'urgence la demande puisse être réalisée sur la base d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire d'accueil du patient concerné (loi pénitentiaire du 24 novembre 2009).

La personne condamnée bénéficiant du dispositif reste alors soumise à diverses obligations définies par la juridiction d'application des peines. Dans le cadre d'une

condamnation criminelle, une expertise médicale est réalisée ensuite tous les 6 mois. La mesure s'interrompt en cas de décès de la personne, lorsque l'état de santé de celle-ci redevient compatible avec la détention, en cas de non-respect des obligations fixées, ou lorsqu'il existe un risque grave de récidive de l'infraction (14).

Entre 2002 et 2011, en France, 925 demandes de suspension de peine médicale ont été déposées ; 70% d'entre elles ont connu une issue favorable (15). Toutefois, ces mesures restent rares, et ne représentent qu'environ 0,1% de tous les aménagements post-sentenciels existants pour les personnes condamnées de tout âge en France (16).

Il est à noter qu'une mesure similaire, dite de **mise en liberté pour motif médical**, est prévue par l'article 147-1 du CPP pour les personnes en détention provisoire.

Par ailleurs, l'article 729 du CPP permet la possibilité, sous certaines conditions, d'une **libération conditionnelle** pour les personnes condamnées de plus de 70 ans :

« Lorsque le condamné est âgé de plus de soixante-dix ans, les durées de peines accomplies prévues par le présent article ne sont pas applicables et la libération conditionnelle peut être accordée dès lors que l'insertion ou la réinsertion du condamné est assurée, en particulier s'il fait l'objet d'une prise en charge adaptée à sa situation à sa sortie de l'établissement pénitentiaire ou s'il justifie d'un hébergement, sauf en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction ou si cette libération est susceptible de causer un trouble grave à l'ordre public. »

Cette même loi prévoit que ce type de libération conditionnelle puisse intervenir à l'issue de la durée d'un an d'une mesure de suspension de peine pour motif médical, si une nouvelle expertise indique que l'état de santé de la personne condamnée est toujours incompatible avec le maintien en détention.

La majeure partie des personnes âgées incarcérées ne bénéficient donc pas de ces mesures et purgent ainsi leur peine en établissement pénitentiaire. Quelques études se sont intéressées spécifiquement au vieillissement en milieu carcéral et se sont attachées à le décrire plus précisément.

2. Épidémiologie de la population carcérale âgée

a. La personne âgée en prison : définition d'un âge seuil

Déterminer un âge seuil à la vieillesse est difficile et souvent arbitraire, même en milieu libre. L'OMS décrit par exemple les personnes âgées comme ayant plus de 60 ans (1), alors que les statistiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) incluent les personnes âgées à partir de 65 ans (17).

Sur un plan strictement sanitaire, les personnes âgées prises en charge par les Équipes Mobiles de Gériatrie ont, sauf exception, plus de 75 ans. En effet, il est considéré que la fragilité, la polypathologie, la perte d'autonomie ou autre besoin spécifique au vieillissement se dévoilent surtout à partir de cet âge (18). Il en est de même concernant les hospitalisations en secteur gériatrique (unités de court séjour gériatrique, soins de suite ou de réadaptation, ou encore unités de long séjour) (19).

Parallèlement, sur le plan médico-social, l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie¹ (APA) est possible à partir de 60 ans ; l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées² (ASPA) et l'Aide Sociale à l'Hébergement³ (ASH) sont quant à elles attribuables sauf exception à partir de 65 ans (20).

La question du seuil d'âge à partir duquel une personne détenue peut être considérée comme âgée est toujours débattue à ce jour. Les études abordant le sujet s'accordent sur le fait qu'être incarcéré occasionne un vieillissement prématuré pour de multiples raisons, notamment :

- Des conditions socio-économiques défavorables avant et pendant l'incarcération, d'autant plus s'il y a eu de multiples incarcérations (21) ;
- Les carences de soins et les antécédents fréquents d'abus de substance (22) ;
- Les conditions d'incarcération susceptibles d'engendrer une dégradation de l'état de santé physique comme psychique, notamment l'exposition chronique au stress (23,24).

Dans ce cadre, Higgins et Severson proposent en 2009 d'estimer que l'âge physiologique d'une personne détenue soit de 7 à 10 ans supérieur à son âge chronologique (22). Cette estimation est souvent reprise par la suite dans la littérature, comme en témoignent les nombreuses études proposant un âge limite inférieur à 60

¹ L'APA est une prestation destinée à couvrir totalement ou partiellement les dépenses liées à la compensation de la perte d'autonomie présentée par une personne de plus de 60 ans, vivant au domicile ou en établissement médico-social. Cette allocation est versée par les services départementaux et le montant varie selon le degré d'autonomie, déterminé par le score GIR qui doit être situé entre 1 et 4 pour percevoir la prestation.

² L'ASPA est une prestation financière mensuelle versée par les caisses de retraite aux personnes âgées ayant de faibles revenus. Son montant varie selon le niveau de revenus.

³ L'ASH est la prise en charge financière complète ou partielle des frais liés à l'hébergement chez un proche ou en établissement médico-social. Le montant et les conditions d'attribution varient selon les politiques départementales.

ans pour la population âgée incarcérée.

Plus récemment en 2012, une réunion d'experts nationaux américains visant à identifier les besoins sanitaires, sociaux et pénitentiaires de cette population propose un âge seuil de 55 ans, voire moins en cas de trouble neurocognitif ou d'incapacité fonctionnelle associée (25).

Une étude menée la même année en Angleterre par Hayes et al. conclue que la population incarcérée des 50-59 ans est similaire à celle des 60 ans ou plus concernant les pathologies physiques et les troubles mentaux. Mais pour ces auteurs, la tranche d'âge des 50-54 ans semble transitionnelle puisqu'elle présenterait moins de troubles neurocognitifs, génito-urinaires et musculo-squelettiques que la tranche d'âge des 55 ans ou plus (26).

b. Données sociodémographiques

Sur le plan sociodémographique, la population âgée incarcérée se distingue en plusieurs points de la population détenue plus jeune.

Tout d'abord, elle est confrontée à un accroissement important comme l'illustre une étude menée en France en 2015 par Touraut et Désesquelles qui retrouve une multiplication par six du nombre de personnes écrouées de plus de 60 ans entre 2001 et 2015, alors même que le nombre de personnes écrouées de tout âge confondu n'est multipliée que par 1,7 au cours de la même période (21). Les auteurs décrivent, dans cette même étude, une population âgée détenue alors davantage marquée par la proportion de longues peines, le plus souvent en couple, ayant un niveau socio-éducatif supérieur aux personnes incarcérées plus jeunes, et en revanche plus souvent frappée d'isolement social.

Sur ces caractéristiques, le même constat est réalisé chez Kakoullis et al. en Angleterre dans leur revue de littérature menée en 2010 (27) ou par Wangmo et al. en Suisse dans leur étude descriptive menée en 2014 (28).

L'accroissement important au cours de ces dernières années du nombre de personnes âgées en prison n'est pas restreint à la France, puisque quelques études américaines se sont emparées du sujet. Arndt et ses collaborateurs décrivent ainsi une augmentation de 115% des personnes de 50 ans et plus incarcérées aux États-Unis entre 1991 et 1997, versus 84% pour les personnes de tout âge (29). Mitka décrit dans le même pays un doublement de cette population de séniors incarcérés entre 1992 et 2002 (30). Une revue plus récente réalisée par Skarupski prévoit même que d'ici 2030, les personnes de plus de 55 ans compteront pour un tiers de la population carcérale totale aux États-Unis et alerte dans ce sens sur la hausse du coût des soins en milieu carcéral (31).

Certaines études évoquent enfin plusieurs hypothèses, non spécifiques à la France, pour expliquer cette augmentation : les avancées de la médecine et le vieillissement de la population carcérale, en miroir de la population générale (22) ; des sentences plus restrictives (32) et plus punitives (21) entraînant un temps d'emprisonnement plus long ; ainsi qu'une « désinstitutionnalisation » des personnes ayant des troubles psychiques au cours de ces dernières décennies, provoquant un afflux de ces personnes en milieu carcéral (33).

c. Aspects criminologiques

Au-delà des aspects socio-démographiques, les caractéristiques pénales des personnes âgées incarcérées diffèrent également de celles des personnes détenues plus jeunes.

Sur le motif d'incarcération tout d'abord, car la littérature décrit une surreprésentation des infractions à caractère sexuel chez les personnes détenues de plus de 50 ans.

La proportion de séniors incarcérés pour ce motif varie de 33% à 64% selon les études qui n'utilisent toutefois pas le même seuil d'âge et proviennent de différents pays du monde (21,27,32,34–37). En France, selon Touraut et Désesquelles, la fréquence de ce motif d'incarcération augmente avec l'âge : 33% chez les 50-59 ans, 45% chez les 60-69 ans et jusqu'à 64% chez les 70 ans et plus, contre 14% chez les personnes détenues de tout âge (21). Baidawi retrouve quant à elle en 2016 dans son étude australienne 62,2% d'infractions à caractère sexuel chez les personnes détenues de plus de 50 ans, versus 28% à 42% chez les plus jeunes (35).

Si la surreprésentation de ce motif d'incarcération chez les séniors fait consensus, ce n'est pas le cas pour les autres types d'infractions comme les homicides, les agressions violentes ou les vols. Ces infractions seraient moins fréquentes chez les séniors comparativement aux plus jeunes selon une majorité d'études mais les taux restent très variables et les populations étudiées ne sont pas toujours comparables (21,32,34,37,38).

Aussi, les séniors détenus n'ont généralement pas d'antécédent

d'incarcération : ils sont majoritairement « primo-incarcérés ». Ce taux de primo-incarcération chez les personnes âgées varie de 59% à 76% dans la littérature (27,35,37).

Par ailleurs quelques études évoquent un risque de récurrence criminologique moindre chez les séniors, comme Watson et al. dans sa revue de littérature de 2004 (39), ou encore Visher et Travis qui mettent en avant un taux d'arrestation dans les trois ans suivant la libération de 45% chez les 45 ans ou plus, versus 70% chez l'ensemble des personnes aux antécédents d'incarcération (24,40).

Enfin, Fazel et al. retrouve dans son étude rétrospective portant sur les diagnostics psychiatriques posés lors de missions d'expertise de personnes âgées ayant commis un crime en Suède entre 1988 et 2000 une relation significative entre l'âge et la probabilité d'être déclaré irresponsable de ses actes : un taux de 62,6% de déclaration d'irresponsabilité était retrouvé après 60 ans, versus 50% avant cet âge (38). Il est à noter toutefois que les procédures d'expertises en Suède diffèrent de celles menées en France où, à notre connaissance, aucune étude similaire n'a été pour l'instant menée.

Ce dernier point questionne toutefois le sujet de la santé mentale et physique des personnes âgées incarcérées.

C. Personnes âgées incarcérées : aspects sanitaires

1. Organisation des soins en milieu carcéral

En ce qui concerne les soins dédiés aux personnes majeures incarcérées, le dispositif sanitaire existant en milieu pénitentiaire ne présente pas de spécificité liée à l'âge. Le *Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, édité par le Ministère de la Justice, définit les contours du système sanitaire en milieu carcéral (41). Toutefois, chaque établissement peut localement mettre en place des soins spécifiques à une population dédiée, comme les personnes âgées, s'il l'estime nécessaire.

Les soins en milieu pénitentiaire s'organisent en trois niveaux, représentés dans la **Figure 1**.

Concernant plus précisément les soins psychiatriques, il existe :

- Les **Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire** (USMP), de niveau 1, notamment composées d'un **Dispositif de Soins Psychiatriques** (DSP) où sont accessibles des activités de consultations médicales psychiatriques. Les DSP peuvent proposer également des activités psychothérapeutiques de groupe en **Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel** (CATTP).
- Les **Services Médico-Psychologiques Régionaux** (SMPR), souvent uniques dans une région, disposent chacun d'un **hôpital de jour** où sont dispensés des soins psychiatriques de niveau 2. Les personnes détenues qui y sont hospitalisées bénéficient d'un encellulement individuel au sein même de l'hôpital de jour. Les SMPR proposent également des soins de niveau 1 puisqu'ils sont tous dotés d'un DSP.

Les soins psychiatriques sont toujours consentis par la personne concernée en niveau 1 et 2.

- Les soins psychiatriques de niveau 3 impliquent tous une hospitalisation à temps complet. Lorsque le patient est consentant aux soins, l'hospitalisation à temps complet se déroule à l'**Unité Hospitalière Spécialement Aménagée** (UHSA). Ces unités hospitalières dépendent d'un établissement de santé et sont sécurisées par l'administration pénitentiaire. Si en revanche le patient n'est pas consentant aux soins, l'hospitalisation se réalise sous le régime des Soins à la Demande d'un Représentant de l'État (SDRE) à l'UHSA, en **Unité pour Malades Difficiles** (UMD), ou encore dans un établissement de santé mentale habilité à héberger des patients hospitalisés sans leur consentement (il s'agit dans ce dernier cas de figure d'une procédure dite « D398 », dans le cadre de l'article 398 du CPP relatif aux soins sans consentement des personnes détenues).

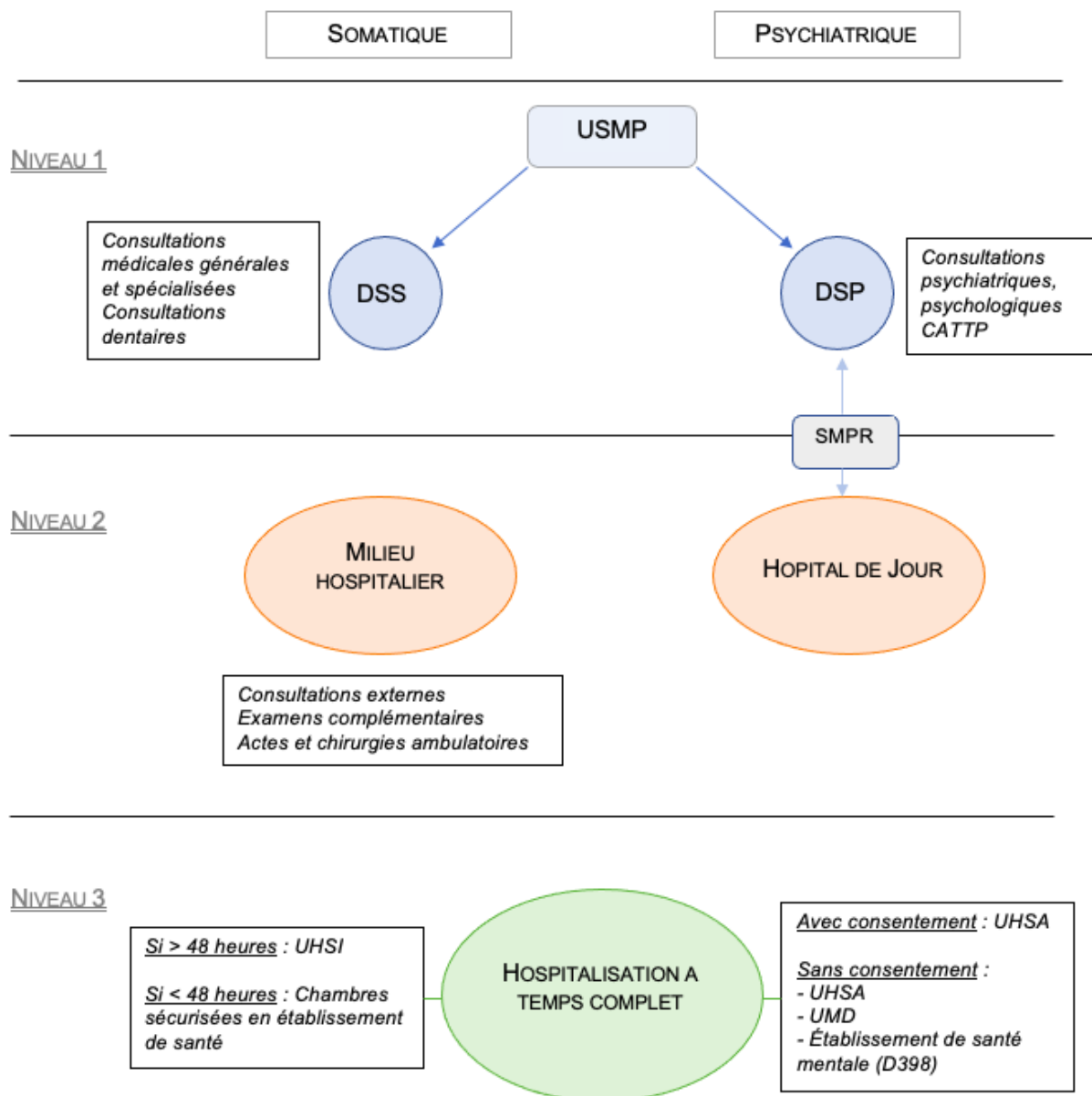
Les hospitalisations à temps complet pour motif médical d'ordre physique se déroulent à l'**Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale** (UHSI), si elles doivent durer plus de 48 heures. En deçà, une hospitalisation est possible en chambre sécurisée dans une unité hospitalière classique, avec la présence d'une garde statique continue.

A noter enfin que chaque personne arrivant en détention bénéficie d'une consultation médicale et d'un entretien psychiatrique dispensés par l'équipe de l'USMP de l'établissement. Une réévaluation médicale est également toujours prévue au cours du mois précédant la libération. Ces différents temps de consultation sont un abord

privilegié pour la dispensation de soins préventifs et curatifs, la continuité des soins avec le milieu libre, ainsi que pour la prévention en santé.

Ainsi, l'offre de soins en milieu carcéral répond aux besoins sanitaires de chaque individu incarcéré du début à la fin de son séjour en prison.

L'état de santé des personnes âgées incarcérées a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études ces dernières années, permettant d'évaluer plus précisément les besoins sanitaires de cette population en milieu carcéral.

Figure 1. Organisation de l'offre de soins aux personnes incarcérées en France

2. Santé des personnes âgées incarcérées

a. Facteurs de risque environnementaux

L'environnement carcéral présente des spécificités pouvant représenter un risque dans l'évolutivité de troubles psychiatriques ou dans l'apparition de syndromes gériatriques chez les personnes âgées. En particulier, de nombreux auteurs ont pointé l'inadaptation du milieu carcéral à une population vieillissante (21,23,35,42–52) :

- Couloirs trop longs avec de nombreux escaliers ;
- Éclairage insuffisant ;
- Absence d'indicateurs de temps dans les cellules majorant les risques de désorientation temporo-spatiale ;
- Routines institutionnelles laissant peu de place à l'auto-gestion du quotidien et ainsi majorant le risque de perte d'autonomie ;
- Manque de stimulation, isolement social et privations sensorielles entraînant un sur-risque de troubles cognitifs ;
- Co-détenus souvent jeunes et n'ayant pas les mêmes besoins et rythmes de vie, travail et activité physique inadaptés voire impossibilité d'accès, etc.

Sur le sujet de l'isolement social, même en dehors du contexte carcéral, Cacioppo et Hawkley disent en 2009 qu'il est un facteur de risque de déclin cognitif et de maladie d'Alzheimer. Plus la solitude est marquée, plus les performances cognitives sont faibles dans la plupart des domaines cognitifs (53).

L'environnement carcéral est également empreint de violences. En effet, selon la revue de littérature de Fazel et al. datant de 2016, la prévalence des actes de violences physiques est 13 à 27 fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale, quel que soit l'âge de la victime (54). Mais selon les auteurs, l'âge élevé est un facteur protecteur vis-à-vis du risque d'être victime de gestes violents en milieu carcéral.

Toutefois, l'étude d'Iftene et al., menée en 2016, retrouve par le biais d'entretiens individuels avec des personnes détenues de plus de 50 ans que 44% de celles-ci se sentent très vulnérables en prison (50), rajoutant ainsi un facteur de stress

chronique à ceux déjà existants en milieu carcéral et aggravant la morbidité psychiatrique qui y est liée.

b. Prévalence des troubles psychiatriques

L'état de santé mentale de la population âgée incarcérée a fait l'objet de plusieurs travaux dont les divers résultats sont résumés dans le **Tableau 1**.

Ces différentes études mettent en évidence que la prévalence globale des troubles mentaux chez les sujets âgés détenus est supérieure à celle de la population générale du même âge en milieu libre d'une part, et supérieure à celle de la population incarcérée de tout âge d'autre part. Toutefois, dans ce dernier cas, le profil sanitaire semble être différent.

Par exemple, Di Lorito et al., dans sa méta-analyse de 2017, retrouve que la population âgée incarcérée présente 2,5 fois plus de risque de souffrir d'un trouble psychiatrique, ainsi que 2,8 fois plus de risque de présenter un épisode dépressif caractérisé en comparaison aux séniors vivant en milieu libre (55). Dans cette même étude, la prévalence des troubles psychiques chez les personnes âgées détenues est de 38%, soit bien supérieure aux 15% retrouvés en population âgée libre. Les autres risques relatifs calculés ne sont pas significatifs mais sont plus élevés pour tous les troubles mentaux en dehors de l'abus d'alcool et des troubles neurocognitifs.

L'étude française de Falissard et al. menée en 2006 auprès de 800 personnes détenues retrouve, quant à elle, une prévalence globale des troubles psychiques de 27% quel que soit l'âge (56). La même prévalence est retrouvée dans l'étude suisse de Moschetti et al. en 2015 menée auprès de 1664 individus incarcérés (57). Ici, la prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues de 50 ans ou plus

est de 42%, soit bien supérieure à celle retrouvée chez les personnes incarcérées plus jeunes.

Il semble donc que les troubles psychiatriques chez les séniors détenus touchent au minimum plus d'un tiers de cette population, avec une prévalence pouvant atteindre jusqu'à 61% comme le retrouve l'étude anglaise menée en 2012, par Hayes et al., chez 262 prisonniers de plus de 50 ans (26).

Notons également que d'après la majorité des études, environ un tiers de cette population présente un épisode dépressif caractérisé. Ces taux élevés sont d'autant plus inquiétants que la dépression est un facteur de risque majeur de suicide (58,59) et qu'elle est particulièrement sous-diagnostiquée chez les personnes âgées (60).

D'une manière générale, les troubles psychiatriques sont insuffisamment détectés chez le sujet âgé en détention. Ainsi, Kingston et al., dans une étude de prévalence menée au Royaume-Uni en 2011, met en évidence que les personnes de 50 ans ou plus incarcérées rapportent elles-mêmes jusqu'à trois fois plus de troubles psychiques que ceux notés dans les dossiers médicaux (61). Ces différences sont beaucoup moins marquées pour les pathologies physiques qui semblent donc moins sujettes à un sous-diagnostic. Cette même étude évoque enfin une sous-médicalisation des troubles dépressifs : seuls 18% des patients présentant des résultats évocateurs d'un épisode dépressif à la Geriatric Mental State (GMS, échelle de dépistage de troubles psychiatriques chez la personne âgée) bénéficient d'un traitement anti-dépresseur.

Fazel et al. retrouve un résultat de 14% pour une population similaire et indique de surcroît que seulement 18% des patients âgés incarcérés ayant au moins un trouble psychiatrique identifié reçoit un traitement psychotrope (62).

Tableau 1. Données de la littérature – Prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral chez les sujets âgés et les sujets jeunes, principaux résultats de différentes études

	Âge seuil Méthode	Prévalence globale	Syndrome dépressif	Idées suicidaires	Troubles anxieux	Psychoses	Dysthymie	Abus de substance	Troubles de personnalité	Autres troubles
<u>PERSONNES AGÉES DÉTENUES (vs. Personnes âgées non détenues)</u>										
Arndt et al. – 2002 (29)	ED > 55 ans Entretien	22,5%	X	X	X	X	X	70,9%	X	X
Combalbert et al. – 2017 (63)	ED > 50 ans Échelle MINI	68,8% (vs. 27,5%)	39,9% (vs. 10,9%)	46,4% (vs. 5,8%)	(TAG) 22,5% (vs. 7,3%)	1,5% (vs. 0%)	26,8% (vs. 2,2%)	Alcool 0% (vs. 5,8%)	X	X
Di Lorito et al. – 2017 (55)	RL	38%	28%	X	14%	5%	X	Alcool 16%	23%	TB 4% ESPT 6%
Fazel et al. – 2001 (64)	ED > 59 ans Échelles GMS et SCID-II	31%	29%	X	X	5%	X	4%	31%	X

<i>Fazel et al. – 2001 (65)</i>	ED > 60 ans Dossier médical	45%	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Fovet et al. – 2016 (44)</i>	RL	7-49%	29%	X	X	4-5%	X	27-71%	20-30%	X
<i>Hayes et al. – 2012 (26)</i>	ED > 50 ans Entretien, dossier médical	49,%	34%	X	19%	3%	X	X	X	X
<i>Iftene et al. – 2016 (50)</i>	ED > 50 ans Entretien semi- dirigé	39,1%	24%	21%	17%	3%	X	X	X	TB 4% ESPT 4%
<i>Kingston et al. – 2011 (61)</i>	ED > 50 ans Echelles GMS, MMSE, SF-12 Dossier pénal	49%	41%	X	4%	(SCZ) 1%	X	X	X	Manie 1%
<i>Koenig et al. – 1995 (66)</i>	ED >50 ans Échelle DIS, entretien, dossier médical	54%	35%	X	4%	1%	11%	0%	X	TB 1,1%

Maschi et al. – 2012 (49)	RL	50% (50-54 ans) 36% (> 55 ans)	X	X	X	X	X	X	X	X
Moschetti et al. – 2015 (57)	ED > 50 ans Dossier médical	42%	X	X	X	6%	X	19%	26%	Trouble de l'humeur 4%
Murdoch et al. – 2008 (67)	ED > 55 ans Échelle GDS	X	48%	X	X	X	X	X	X	X
Tomar et al. – 2004 (36)	ED > 65 ans Dossier médical	X	X	X	X	21%	X	X	7%	Trouble de l'humeur 19%

DIS : Dissociation Questionnaire ; ED : Étude descriptive ; ESPT : État de Stress Post-Traumatique ; GDS : Geriatric Depression Scale ; GMS : Geriatric Mental Schedule ; MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview ; MMSE : Mini Mental Score Evaluation ; PA : personnes-années ; RL : Revue de littérature ; RR : Risque relatif ; SCID-II : Structured Clinical Interview for DSM ; SCZ : Schizophrénie ; SF-12 : Short-Form 12 (qualité de vie) ; TAG : Trouble anxieux généralisé ; TB : Trouble bipolaire

c. Aspects gériatriques en milieu carcéral

1° Comorbidités physiques et perte d'autonomie

En prison, les plus âgés présentent une morbidité élevée comme en témoigne la revue de littérature de Watson et al. menée en 2004. Celle-ci retrouve jusqu'à 85% de polyopathologies (définie dans l'étude comme l'existence de plus d'une pathologie chronique, troubles psychiatriques compris) chez les sujets âgés incarcérés (39).

Moschetti et al. retrouve en 2015 dans une étude transversale suisse un taux de polyopathologies de 60% (57). Les prévalences de l'hypertension artérielle, du diabète ou des pathologies musculo-squelettiques – notamment de type arthrosique – seraient multipliées par deux chez les sujets âgés incarcérés par rapport aux personnes du même âge vivant en milieu libre (68).

En moyenne, Wangmo et al. évoquent un chiffre de 4,27 pathologies physiques chez les personnes âgées incarcérées contre 1,62 chez les plus jeunes (28). Cette morbidité importante s'accompagne d'un plus grand recours aux soins pour cette partie de la population carcérale. Dans l'étude des mêmes auteurs réalisée en 2015, les personnes incarcérées de 50 ans et plus consultent 1,43 fois plus les médecins généralistes que les plus jeunes (69).

En revanche, aucune différence significative n'est retrouvée pour les consultations psychiatriques par rapport aux personnes détenues plus jeunes.

L'autonomie des personnes âgées incarcérées est également altérée. Touraut et Désesquelles retrouvent dans leur étude 15% de situations d'incapacité sévère chez les plus de 50 ans incarcérés (21). L'environnement carcéral inadapté aggraverait et entretiendrait cette perte d'autonomie.

Enfin, une étude de Fazel et al. réalisée en 2001 retrouve quant à elle un taux déclaré de 83% de maladies chroniques et/ou de limitation dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes de 60 ans ou plus incarcérées, dont 9,4% ont un index de Barthel⁴ inférieur à 20 (65). Dans cette même étude, les pathologies les plus fréquentes sont psychiatriques (45%), suivies des pathologies cardiovasculaires (35%), musculo-squelettiques (24%), et enfin respiratoires (15%). La prévalence de la perte d'autonomie chez les sujets âgés incarcérés est supérieure à celle des personnes du même âge vivant en milieu libre (71).

2° Troubles cognitifs

Évoquons enfin le champ de la cognition chez la personne âgée incarcérée. Car, comme déjà abordé plus haut, ce domaine revêt une importance particulière du fait de l'existence de nombreux facteurs environnementaux propres au milieu carcéral susceptibles d'aggraver voire de favoriser l'apparition de troubles cognitifs.

Combalbert et al. mesurent ainsi une différence significative entre les performances cognitives des personnes détenues masculines de plus de 50 ans incarcérées au sein de sept prisons françaises et celles des hommes non détenus en population générale. Ils retrouvent que 18,8% des personnes âgées incarcérées incluses ont un score MMSE⁵ inférieur à 23/30 contre 0,72% chez les contrôles (73).

⁴ L'index de Barthel est un outil d'évaluation de l'indépendance fonctionnelle au moyen de 10 items concernant les activités de la vie quotidienne. Côté au total sur 100, un score inférieur ou égal à 20 correspond à une dépendance sévère (70).

⁵ Le Mini Mental State Evaluation est une échelle de dépistage et de quantification de troubles cognitifs explorant par différents items et subtests plusieurs champs cognitifs tels que la mémoire épisodique, la mémoire de travail, le langage, l'attention, l'orientation, les fonctions visuo-spatiales, etc.. Le score final est noté sur 30. Si un score inférieur à 26 indique probablement des troubles cognitifs sous-jacents, ils sont à corrélérer avec le niveau de scolarité de la personne ainsi qu'avec ses antécédents médicaux,

De surcroît, la population détenue est dans cette étude en moyenne dix ans plus jeune que la population contrôle. Les mêmes auteurs relèvent également un lien significatif entre la durée de détention et l'altération des performances cognitives, contrairement au lien entre la durée d'incarcération et l'apparition de troubles psychiques (74).

Forsyth et al. mesurent quant à eux une prévalence de MCI et de troubles neurocognitifs sévères de 8% chez les personnes incarcérées de 50 ans et plus dans 77 prisons anglaises et galloises, soit deux à quatre fois plus que pour la population non incarcérée du même âge (75). Ces troubles sont dépistés par la passation du Montreal Cognitive Assessment⁶ (MoCA) et sont dans la grande majorité des cas non connus antérieurement.

La revue de littérature de Cipriani et al. retrouve une prévalence de troubles cognitif sévères variant de 1% à 30% selon les études dont les tailles d'échantillons et les méthodes de mesures étaient très variables (23). Les mêmes auteurs pointent comme leurs collègues l'absence de dépistage précoce de ce type de trouble en milieu carcéral.

Le même ordre de grandeur est retrouvé chez Brooke et al. dans leur revue de littérature de 2020, avec une prévalence de troubles cognitifs qui est toujours plus

notamment neurologique et psychiatriques, car ils peuvent influencer le score final (72).

⁶ Le Montreal Cognitive Assessment est un test similaire au MMSE dans la mesure où il évalue par le biais d'items et de subtests différents champs cognitifs. Il s'agit d'un test à visée de dépistage et de quantification de troubles cognitifs. Le score final est également noté sur 30. Il présente pour particularité d'évaluer un peu plus les fonctions exécutives que le MMSE et pourrait mieux dépister les troubles cognitifs légers, rendant son utilisation particulièrement intéressante dans le cadre de TCV (76).

élevée que celle de la population générale du même âge lorsqu'elle y est comparée (46).

La prévalence importante de troubles cognitifs parmi la population âgée incarcérée interroge par extension sur le motif d'incarcération, et donc sur le lien potentiel entre troubles cognitifs et actes infractionnels.

3° Troubles cognitifs et criminologie

Quelques auteurs ont en effet évoqué un lien entre pathologie neurodégénérative et faits criminels, notamment pour la DLFT dans son variant comportemental.

Une analyse rétrospective menée par Chase en 2015 auprès de plus de 2300 patients suivis en clinique spécialisée dans les troubles neurocognitifs (en dehors de tout contexte pénal), retrouve que 37% des patients souffrant d'une DLFT ont commis un acte infractionnel, le plus souvent des actes d'exhibition ou autres comportements inappropriés en public (77). Ces chiffres sont de moins de 8% pour les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer. D'ailleurs, parmi cette population d'étude, 14% des patients avaient été adressés pour avis diagnostique à la suite d'un comportement susceptible d'être qualifié comme une infraction.

Concernant la DLFT, Cipriani et al. font le même constat dans une revue de littérature de 2015 et précisent que l'infraction peut survenir bien avant toute atteinte cognitive visible, contrairement à la maladie d'Alzheimer où les faits infractionnels potentiels surviennent à un stade évolué de la maladie. Ce résultat marque donc

l'intérêt certain d'un dépistage systématique et d'un suivi régulier chez les personnes âgées incarcérées dans les suites d'une première infraction commise à un âge tardif (78).

Ils précisent également que la désinhibition n'est pas la seule source de motif infractionnel retrouvé chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. En effet, l'infraction peut également survenir dans le cadre de troubles de l'identification avec agressivité réactionnelle, d'agitation psychomotrice, ou de troubles du comportement en sommeil paradoxal. Ces éléments sont fréquents dans le cadre de symptômes psycho-comportementaux liés aux troubles neurocognitifs, y compris aux stades précoces voire prodromaux.

La littérature scientifique dresse donc un portrait sanitaire général des personnes âgées incarcérées. Ainsi, celles-ci présentent davantage de troubles psychiatriques que les personnes incarcérées jeunes et sont plus marquées par les comorbidités physiques et les troubles cognitifs que les personnes du même âge non incarcérées.

Ce portrait général pourrait éluder les particularités des femmes âgées incarcérées. A l'instar des personnes incarcérées plus jeunes, les femmes âgées en prison présentent des spécificités sanitaires et judiciaires qu'une poignée d'études se sont proposées d'explorer.

D. L'ultra-minorité des femmes âgées incarcérées

Les femmes âgées incarcérées représentent une double minorité du fait de leur âge et de leur genre.

En France, les femmes représentent en moyenne environ 4% de la population carcérale tout âge confondu (79). Plus précisément, en 2020, le taux de femmes de 55 ans ou plus incarcérées était d'environ 0,3%. Devant ces faibles effectifs, très peu d'études se sont intéressées à cette population ultra-minoritaire.

Williams et al. (80) étudient dans les années 2000 cette population et tentent d'établir la prévalence de la perte d'autonomie et de la survenue de certains syndromes gériatriques chez des femmes de 55 ans ou plus incarcérées en Californie. Ils retrouvent alors que plus de la moitié a des troubles sensoriels et que 28% subit des pertes de mémoire. Aussi, ils précisent qu'au moins un tiers de la population étudiée chute régulièrement et que 16% est dépendante pour au moins une activité de la vie quotidienne. Enfin, il est retrouvé que 78% d'entre elles prend plus de 5 médicaments différents par jour. Les taux d'hypertension artérielle, de troubles respiratoires (notamment l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive) et musculosquelettiques sont plus élevés qu'en population féminine de plus de 65 ans vivant en milieu libre. Un syndrome dépressif est rapporté pour environ 20% des femmes âgées incarcérées, et ce taux est deux fois plus élevé si le syndrome dépressif est associé à une perte d'indépendance fonctionnelle.

Baidawi retrouve quant à elle une prévalence de troubles mentaux de 77% chez les femmes âgées incarcérées, soit une prévalence bien supérieure à celle retrouvée

chez les hommes incarcérés ou chez les femmes non incarcérées de la même tranche d'âge (35). La même auteure met également en évidence des niveaux plus élevés de pathologies physiques et une plus grande prévalence de perte d'autonomie chez les femmes âgées incarcérées (81). Ce constat est partagé par Moschetti et al. dans leur étude suisse de 2011 (57).

L'étude de Handtke et al. retrouve comme les précédentes un plus haut niveau de morbidité et de consommation de soins chez les femmes âgées incarcérées par rapport aux hommes, quel que soit l'âge de ces derniers (82). Les troubles psychiatriques sont identiques à ceux retrouvés chez les hommes incarcérés, mais sont plus fréquents (83).

Enfin, sur le plan criminologique, Handtke et ses collaborateurs évoquent que 56% des femmes détenues âgées sont incarcérées pour de longues peines, dans le cadre de crimes violents (82), ce qui diverge du profil judiciaire des femmes incarcérées plus jeunes plus souvent condamnées à de courtes peines.

E. Objectifs de l'étude

La littérature scientifique offre ainsi plusieurs études permettant de décrire la population âgée incarcérée sous de nombreux aspects : sanitaires dont psychiatriques, sociodémographiques, ou encore judiciaires et pénitentiaires. Mais il n'existe que très peu de données françaises et, à notre connaissance, les soins psychiatriques proposés à cette population spécifique en milieu carcéral en France n'ont jamais été appréciés.

Face à ce constat, l'**objectif principal** de ce travail est de décrire les soins psychiatriques proposés aux personnes âgées incarcérées au sein des établissements pénitentiaires de la région Hauts de France.

Quant aux **objectifs secondaires**, ils sont :

- De déterminer les caractéristiques sociodémographiques, judiciaires et sanitaires des personnes détenues âgées de 55 ans ou plus incarcérées au sein des établissements pénitentiaires de la région Hauts de France ;
- D'apprécier les adaptations de l'environnement carcéral mises en place au sein des établissements pénitentiaires de la région Hauts de France pour accueillir cette population ;
- D'évaluer l'état des connaissances et l'intérêt des médecins exerçant en milieu pénitentiaire concernant la prise en charge des personnes détenues considérées comme âgées présentant un trouble psychiatrique et/ou des troubles du comportement dans le cadre de troubles neurocognitifs connus ou suspectés.

II. Méthode

Pour répondre précisément aux différents objectifs de cette étude et pour clarifier notre propos, nous avons distingué dans ce travail deux axes : un premier axe explorant les soins psychiatriques apportés à la population âgée incarcérée dans la région des Hauts-de-France ; et un deuxième axe décrivant la population âgée incarcérée dans cette région sur les plans sanitaires, démographiques et judiciaires.

A. Description des soins psychiatriques apportés aux personnes âgées en milieu carcéral

Une étude observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique a été réalisée afin de décrire les soins psychiatriques ainsi que les adaptations environnementales proposés aux personnes âgées détenues au sein des 16 établissements pénitentiaires des Hauts-de-France.

Un 17^{ème} établissement, l'Établissement pour Mineurs de Quiévrechain, a été exclu de notre étude car il n'accueille que des personnes mineures, âgées de 13 à 18 ans.

Cette étude a été réalisée par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire de 42 questions spécialement rédigé pour l'étude, destiné à tous les médecins travaillant en USMP quelle que soit leur spécialité, et administré via la plateforme en ligne GoogleForm. Les questionnaires ont été remplis après information et sollicitation par courriel et/ou appel téléphonique auprès de chaque médecin concerné du 25 février au 12 mai 2021. Le questionnaire est disponible en **Annexe IV**.

Les questions exploraient :

- Des éléments de démographie médicale ;
- Les éléments non spécifiques et spécifiques de prise en charge des personnes âgées incarcérées ;
- Les aspects adaptatifs de la vie quotidienne en milieu carcéral pour cette population ;
- Et enfin le travail du devenir après l’incarcération pour les séniors détenus.

L’âge seuil à partir duquel une personne incarcérée peut être considérée comme âgée était volontairement non défini dans la présentation de l’étude, pour que les professionnels interrogés indiquent leur propre perception.

Le questionnaire était anonyme. Il n’était pas obligatoire de répondre à certaines questions.

B. Description de la population âgée incarcérée dans les Hauts-de-France

Les personnes âgées de 55 ans ou plus incarcérées dans les établissements pénitentiaires des Hauts-de-France ont été étudiées sur les plans démographique, judiciaire et sanitaire.

Ce seuil d’âge a été arbitrairement choisi à la suite des résultats de l’étude de Hayes et al. de 2012 (26) et afin de suivre les recommandations de la réunion d’experts américains tenue la même année (25). Ces derniers points ont été présentés en introduction de ce travail.

Plusieurs sources de données ont ainsi été mobilisées pour décrire cette population.

1. Données démographiques et judiciaires

Le service statistique de la Direction de l'Administration Pénitentiaire nous a transmis la répartition des personnes détenues de 55 ans ou plus et de tout âge par établissement pénitentiaire au sein des 10 DISP (France métropolitaine et Outre-Mer), au 1^{er} janvier des années 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020.

Ces données étaient fournies avec une distinction :

- Par genre : homme ou femme ;
- Par statut pénal : personnes condamnées, condamnées-prévenues, prévenues, ou statut inconnu ;
- Et par type d'infraction : personnes condamnées criminelles, condamnées correctionnelles, prévenues ou au type d'infraction inconnu.

2. Données sanitaires

a. Hôpitaux de jour et en UHSA

Le nombre d'hospitalisations des personnes incarcérées de 55 ans et plus survenues dans les hôpitaux de jour d'Amiens et Annœullin, ainsi que le nombre d'hospitalisations à l'UHSA pour cette même population, au cours des années 2018, 2019, et 2020, ont été demandées directement auprès des services concernés.

Ces données étaient distinctes selon :

- Le mode légal d'hospitalisation : soins libres ou soins à la demande d'un représentant de l'état ;

- Et selon le genre (homme ou femme).

b. Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie

Le Recueil d'Informations Médicales en Psychiatrie (RIM-P) est une base de données nationale. Ces données sont collectées anonymement depuis 2007 en France pour chaque séjour hospitalier (à temps complet ou partiel) ou consultation ambulatoire en psychiatrie publique ou privée, y compris en milieu carcéral (84). Chaque patient se voit attribuer un numéro d'identification unique afin de pouvoir relier tous les actes d'activités de soins psychiatriques qui l'ont concerné.

Les informations sont collectées par un membre de l'équipe de soins et comprennent :

- Certaines caractéristiques démographiques telles que le genre et l'âge ;
- Des données administratives telles que la date d'admission et la durée du séjour en cas d'hospitalisation, le code du secteur psychiatrique, le mode légal de soins ou encore le devenir du patient après la prise en charge ;
- Un diagnostic principal associé parfois à des diagnostics secondaires, codé(s) selon la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10).

Deux recherches distinctes ont été effectuées sur cette base de données.

Premièrement, nous avons identifié le nombre d'actes psychiatriques concernant les personnes incarcérées de 55 ans ou plus au cours de l'année 2017, avec une distinction par genre. Ces données ont été extraites à partir de l'utilisation par les professionnels d'au moins un des codes suivants pour cette population :

- Code « **P** » : *Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et UHSA* ;
- Et/ou le code « **L06** », correspondant au lieu de l'acte, ici situé en *milieu pénitentiaire* ;
- Et/ou le code « **6** » pour le mode légal de soins, ici les *soins psychiatriques aux personnes détenues* ;
- Et/ou le code « **Z651** » comme diagnostic principal ou associé, correspondant à *l'emprisonnement et autre incarcération*.

Dans un second temps, afin d'identifier le nombre d'hospitalisations en secteur de psychiatrie générale entre 2015 et 2020 de personnes détenues de 55 ans ou plus dans les Hauts-de-France avec une distinction par genre, des données ont été extraites à partir des codes suivants :

- Code « **G** » : *Secteur de psychiatrie générale (suivi du numéro du secteur)*
- Et le code « **6** » pour le mode légal de soins, ici les *soins psychiatriques aux personnes détenues* ;

Les diagnostics principaux codés pour chacun de ces séjours hospitaliers ont été également extraits.

Les données du secteur de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille ont été exclues car elles comptaient également celles de l'UHSA, établissement rattaché au CHU.

L'accès aux bases de données du RIM-P est entièrement anonyme et de ce fait ne nécessite pas d'autorisation d'utilisation par un comité d'éthique.

C. Statistiques

Des analyses univariées ont été réalisées afin de décrire :

- L'ensemble des variables quantitatives par moyennes, écarts-types, et intervalles de confiance ;
- Et l'ensemble des variables qualitatives par effectifs et pourcentages.

Ensuite, des analyses bivariées ont été effectuées. Les effectifs étaient comparés à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Les moyennes ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student lorsque les effectifs étaient supérieurs à 30, que leur distribution suivait une loi Normale et que les variances étaient égales. Lorsque ce n'était pas le cas pour au moins un de ces paramètres, ces moyennes étaient comparées à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon.

Les résultats étaient considérés significatifs lorsque le p était inférieur à 0,05.

III. Résultats

A. Questionnaire médical - soins psychiatriques aux personnes âgées incarcérées

1. Données générales

Le questionnaire a été envoyé à 71 médecins travaillant en USMP, dont 34 médecins somaticiens et 37 médecins psychiatres.

Les réponses au questionnaire provenaient de 12 établissements sur les 16 concernés par l'étude, soit un taux de participation des établissements de 75%.

Les taux de participation étaient de 35,0% chez les médecins somaticiens et de 54,0% chez les médecins psychiatres. Le taux de participation global était de 45,0%. Par établissement pénitentiaire, le taux de participation des médecins variait de 0% à 85%.

Les caractéristiques générales des médecins ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le **Tableau 4**.

La spécialité dite « Médecine somatique » regroupait des médecins généralistes, des médecins légistes, des médecins urgentistes et un chirurgien viscéral.

Tableau 2. Caractéristiques générales des médecins ayant répondu au questionnaire (N=32).

	(N=32)	(%)	IC95%
Genre			
Masculin	16	50,0%	[32,7-67,3]
Féminin	16	50,0%	[32,7-67,3]
Autres	0	0,0%	[0,0-9,4]
Tranche d'âge			
25-34 ans	13	40,6%	[23,6-57,6]
35-44 ans	5	15,6%	[3,0-28,2]
45-54 ans	4	12,5%	[1,0-24,0]
55 ans ou plus	10	31,2%	[15,1-47,2]
Spécialité			
Psychiatrie	20	62,5%	[45,7-79,2]
Médecine somatique	12	37,5%	[20,7-54,3]

Seuls huit médecins déclaraient ne travailler qu'en USMP, dont 8 à temps plein (10 demi-journées par semaine).

En moyenne, les médecins somaticiens travaillaient en USMP 6,9 demi-journées par semaine, et les psychiatres 5,0 demi-journées par semaine. Les médecins déclaraient travailler également :

- En milieu hospitalier : unités de psychiatrie (n=7), aux urgences (n=2) ;
- En consultation / soins ambulatoires : en Centre Médico-Psychologique (n=5), en équipe mobile psychiatrique (n=3), en addictologie (n=2), en Unité de Recherche et de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles (URSAVS) (n=1), en médecine légale (n=1), en médecine générale libérale (n=1), ou en consultation hospitalière spécialisée (n=1) ;
- Dans la recherche scientifique (n=1).

A noter qu'il n'y avait pas de différence significative entre médecins psychiatres et somaticiens concernant le taux de participation ($p=0,178$), l'âge des participants ($p=0,280$), et le nombre de demi-journées de travail en établissement ($p=0,120$).

Concernant les expériences professionnelles et les formations suivies :

- Cinq médecins (trois psychiatres et deux somaticiens) indiquaient avoir travaillé au cours de leur carrière en PPA, et/ou en psychogériatrie, et/ou en médecine gériatrique ;
- Cinq médecins, tous psychiatres, signalaient avoir réalisé un ou plusieurs travaux universitaires dans au moins un de ces domaines ;
- Quatre médecins (deux psychiatres et deux somaticiens) avaient reçu une ou plusieurs formations complémentaires dans au moins un de ces domaines.

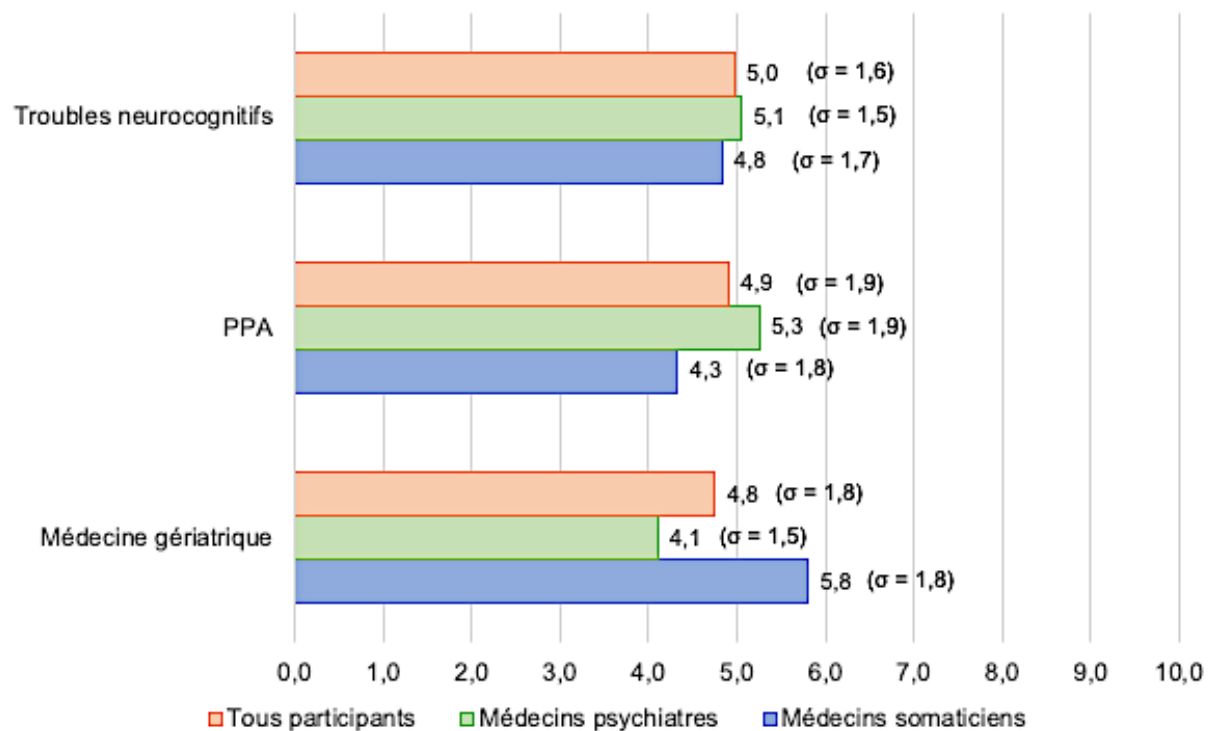
2. Estimation des compétences

Les médecins interrogés devaient estimer entre 0 (aucune) et 10 (excellente) leurs connaissances en médecine gériatrique, en psychiatrie de la personne âgée, et en troubles neurocognitifs.

Les auto-estimations moyennes de connaissances ainsi que les écart-types σ associés selon chaque spécialité sont reportés dans la **Figure 2**. Globalement, les médecins estimaient leurs compétences comme étant moyennes, quelle que soit la spécialité.

En moyenne, les compétences auto-estimées en gériatrie étaient significativement supérieures pour les médecins somaticiens ($p=0,01$). Il n'y avait pas de différence significative entre chaque spécialité pour les autres compétences.

Figure 2. Moyennes (sur 10) et écarts-types (σ) des auto-estimations des compétences en troubles neurocognitifs, PPA et médecine gériatrique des psychiatres et des médecins somaticiens exerçant dans les USMP des Hauts-de-France (N = 32).

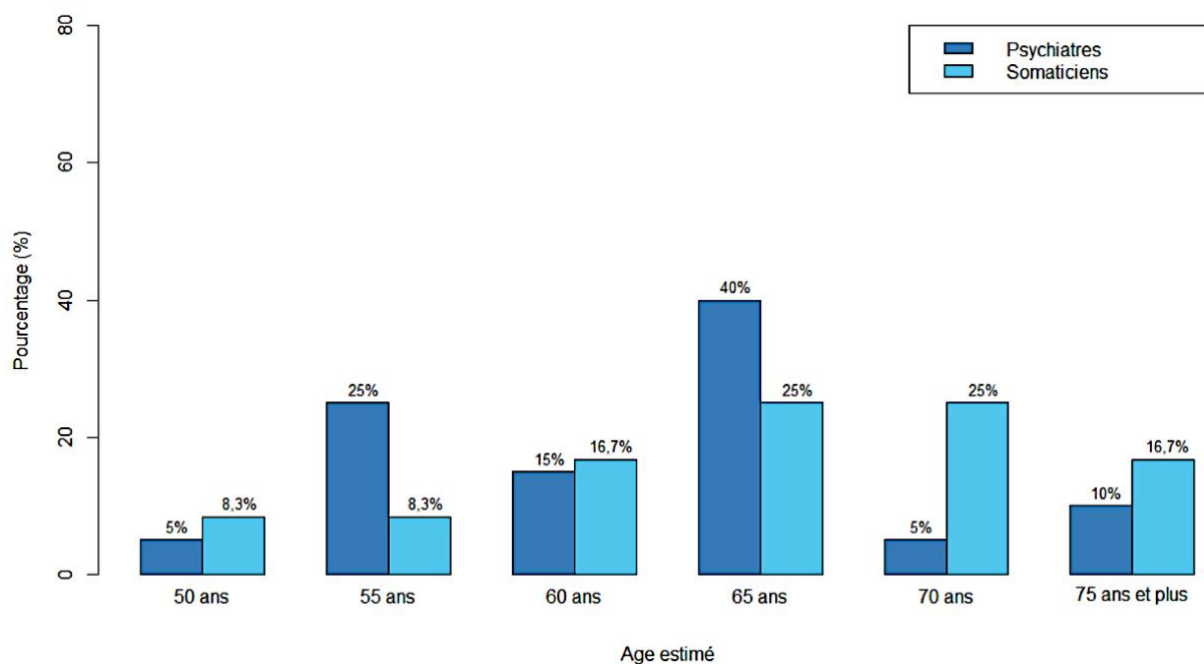


3. Âge seuil et épidémiologie des troubles psychiques des personnes âgées incarcérées

Le seuil d'âge à partir duquel une personne incarcérée peut être considérée comme âgée ne faisait pas consensus parmi les médecins interrogés. Les résultats à cette question sont présentés dans la **Figure 3**.

La majorité des psychiatres (85,0%) et un peu plus de la moitié des médecins somaticiens (56,3%) considéraient que le fait d'être incarcéré pouvait influencer ce seuil d'âge.

Figure 3. Perception de l'âge minimal pour considérer une personne incarcérée comme âgée par les médecins d'USMP des Hauts-de-France (N = 32).



Les médecins étaient également interrogés sur la prévalence des troubles psychiatriques et des troubles neurocognitifs chez les personnes âgées incarcérées. Les réponses, là aussi non unanimes, sont présentées respectivement en **Figure 4** et en **Figure 5**.

Ainsi, par rapport aux personnes détenues plus jeunes, la prévalence des troubles psychiques chez les personnes âgées incarcérées était considérée comme :

- Supérieure pour 18 médecins ;
- Égale pour 11 médecins ;
- Inférieure pour 3 médecins.

Lorsque la même question était posée concernant les troubles neurocognitifs, la prévalence était alors estimée comme :

- Supérieure pour 27 médecins ;
- Égale pour 5 médecins ;
- Inférieure pour aucun médecin.

Figure 4. Estimation de la prévalence des troubles psychiques chez les personnes âgées incarcérées par les médecins d'USMP des Hauts-de-France (N=32).

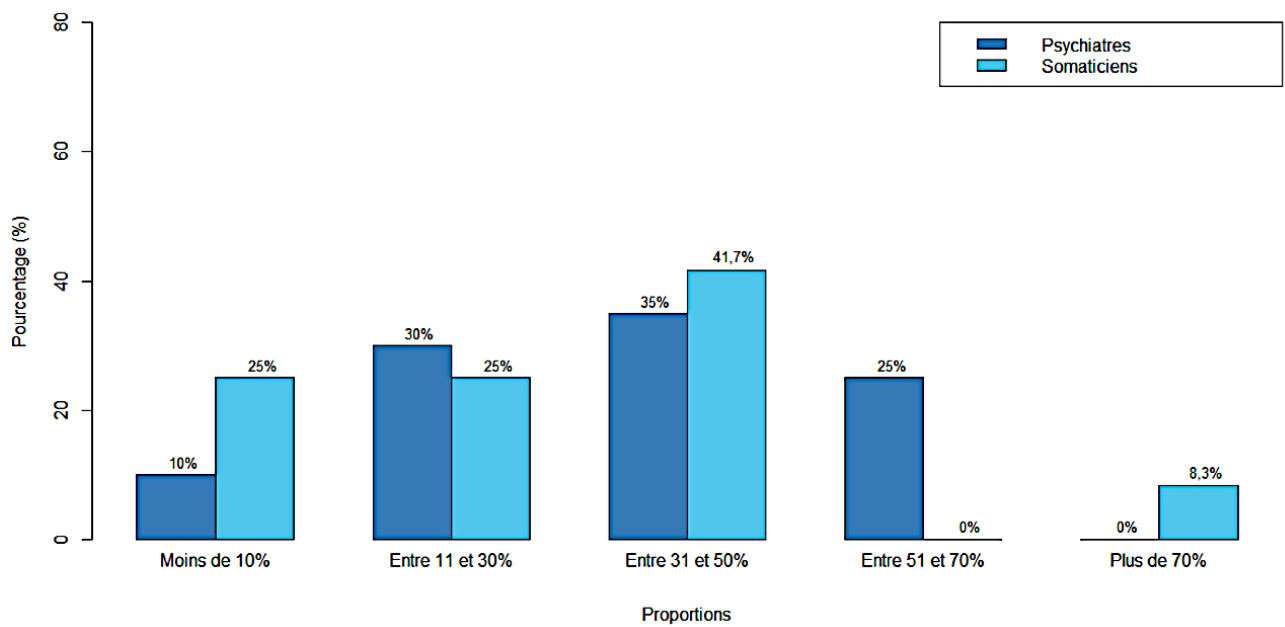
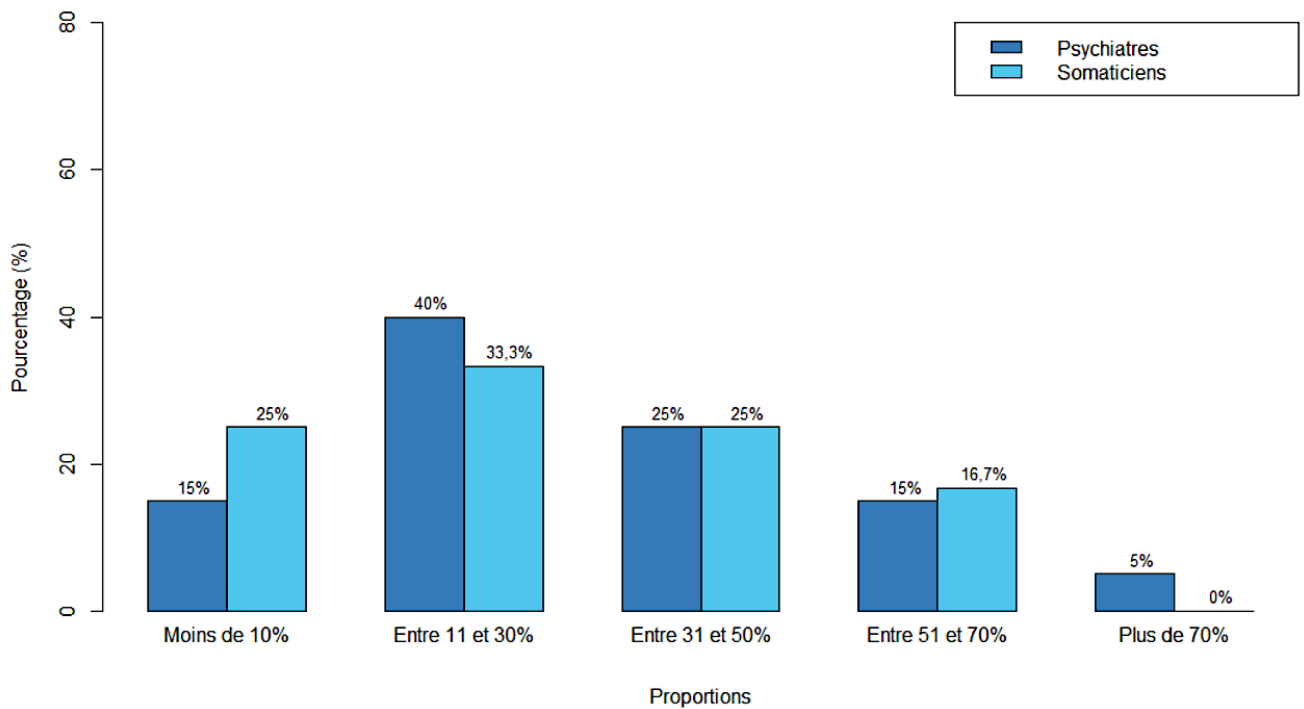


Figure 5. Estimation de la prévalence des troubles neurocognitifs chez les personnes âgées incarcérées par les médecins d'USMP des Hauts-de-France (N=32).



4. Habitudes de prescription des traitements psychotropes

Les médecins exerçant en USMP ont été interrogés sur leurs habitudes de maniement des traitements psychotropes. Parmi les 32 médecins ayant répondu au questionnaire, 27 ont indiqué avoir des habitudes différentes concernant les patients âgés par rapport aux patients plus jeunes.

Les résultats des données concernant ces prescriptions de psychotropes chez les sujets âgés sont présentés dans le **Tableau 3**. Les données surlignées indiquent les habitudes majoritaires chez les médecins prescripteurs, par catégorie de prescription et par classe médicamenteuse.

Ainsi, la plupart des médecins prescrivaient les psychotropes à des posologies initiales et d'entretiens plus faibles que chez les adultes jeunes, mais ne modifiaient

pas leurs habitudes en termes de surveillance clinique. Il n'y avait pas de consensus concernant les vitesses d'augmentation de la posologie des psychotropes.

Parmi les 27 médecins ayant répondu aux questions sur le maniement des psychotropes, 14 indiquaient réaliser un bilan pré-thérapeutique similaire à celui réalisé chez le sujet jeune. Treize médecins réalisaient un bilan pré-thérapeutique différent et spécifique à l'âge. Cinq médecins précisaient ne jamais prescrire de bilan pré-thérapeutique.

Enfin, 29 des 32 médecins interrogés indiquaient éviter les associations de psychotropes chez le sujet âgé.

Tableau 3. Prescriptions des psychotropes chez les personnes détenues âgées comparativement aux sujets plus jeunes (n(%)) (N=27).

	Habitudes de prescription			Surveillance renforcée		Posologie initiale		Posologie d'entretien		Vitesse d'augmentation différente		Aucune différence
	Non prescrit	Moins prescrit	Davantage prescrit	Oui	Non	Plus faible	Plus élevée	Plus faible	Plus élevée	Oui	Non	
Antipsychotiques atypiques	3 (11.1)	15 (55.6)	4 (14.8)	16 (59.3)	11 (40.7)	21 (81.5)	0 (0.0)	13 (48.1)	0 (0.0)	11 (40.7)	12 (44.4)	0 (0.0)
Antipsychotiques typiques	9 (33.3)	17 (63.0)	0 (0.0)	8 (29.6)	19 (70.4)	18 (66.7)	0 (0.0)	8 (29.6)	0 (0.0)	9 (33.3)	11 (40.7)	0 (0.0)
ISRS / IRSNA	3 (11.1)	4 (14.8)	12 (44.4)	15 (55.6)	12 (44.4)	14 (51.9)	0 (0.0)	7 (25.9)	0 (0.0)	9 (33.3)	8 (29.6)	7 (25.9)
Antidépresseurs tricycliques	17 (63.0)	8 (29.6)	0 (0.0)	6 (22.2)	21 (77.8)	11 (40.7)	0 (0.0)	6 (22.2)	0 (0.0)	10 (37.0)	5 (18.5)	0 (0.0)
Autres antidépresseurs	3 (11.1)	3 (11.1)	11 (40.7)	12 (44.4)	14 (51.9)	16 (59.3)	1 (3.7)	5 (18.5)	0 (0.0)	9 (33.3)	10 (37.0)	4 (14.8)
Sels de Lithium	13 (48.1)	10 (37.0)	1 (3.7)	6 (22.2)	20 (74.1)	11 (40.7)	0 (0.0)	7 (25.9)	0 (0.0)	9 (33.3)	3 (11.1)	3 (11.1)
Autres thymorégulateurs	10 (37.0)	10 (37.0)	3 (11.1)	8 (29.6)	19 (70.4)	14 (51.9)	1 (3.7)	7 (25.9)	0 (0.0)	10 (37.0)	7 (25.9)	1 (3.7)
Anxiolytiques type benzodiazépines	0 (0.0)	18 (66.7)	3 (11.1)	12 (44.4)	15 (55.6)	23 (85.2)	0 (0.0)	11 (40.7)	0 (0.0)	12 (44.4)	12 (44.4)	1 (3.7)
Anxiolytiques type antihistaminiques	8 (29.6)	9 (33.3)	5 (18.5)	7 (25.9)	19 (70.4)	15 (55.6)	0 (0.0)	8 (29.6)	0 (0.0)	7 (25.9)	9 (33.3)	2 (7.4)
Hypnotiques	2 (7.4)	17 (63.0)	4 (14.8)	10 (37.0)	17 (63.0)	20 (74.1)	0 (0.0)	10 (37.0)	0 (0.0)	11 (40.7)	10 (37.0)	3 (11.1)
Mélatonine	10 (37.0)	2 (7.4)	10 (37.0)	4 (14.8)	22 (81.5)	3 (11.1)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (3.7)	2 (7.4)	5 (18.5)	14 (51.9)

5. Autres aspects sanitaires

Une prise en charge sanitaire se définit par d'autres aspects que la prescription médicamenteuse. Nous avons donc interrogé les médecins sur ces aspects.

Ainsi, certains établissements proposaient :

- Une aide à la prise médicamenteuse quotidienne pour les personnes âgées incarcérées (n=8) ;
- Des séances d'activité physique adaptée (n=5) ;
- D'autres activités spécifiques non précisées (n=1)

6. Évaluations cognitives

Parmi tous les médecins interrogés, 22 indiquaient être susceptibles de réaliser des évaluations cognitives chez leurs patients âgés. La plupart du temps ces médecins les réalisaient en cas de point d'appel clinique (n=18), beaucoup plus rarement de manière systématique en début (n=2) ou en cours (n=1) de prise en charge.

Les évaluations cognitives les plus couramment réalisées étaient le MMSE (n=17), la MoCA (n=7). Plus rarement étaient évoqués l'échelle BREF (n=4), un bilan neuropsychologique (n=3), le test de l'horloge (n=3), l'épreuve des cinq mots de Dubois (n=2).

En cas de résultat pathologique à ces tests, 19 médecins demandaient la réalisation d'une imagerie cérébrale par IRM. Environ un tiers des médecins (n=8) réalisent également un bilan biologique. Plus rarement, un DAT-Scan (n=4), une consultation mémoire (n=3), un bilan neuropsychologique (n=3), une demande d'avis

spécialisé (n=3) ou encore un bilan cardiovasculaire (n=2) étaient sollicités.

Enfin, 18 médecins considéraient que l'imagerie cérébrale morphologique et/ou fonctionnelle n'était pas accessible en milieu carcéral.

7. Évaluations spécifiques, avis spécialisés et orientation hospitalière

Parmi les 32 médecins interrogés, 18 indiquaient réaliser parfois (n=16) ou toujours (n=2) des évaluations spécifiques (c'est-à-dire une recherche de syndrome gériatrique et/ou de fragilité) chez leurs patients âgés. En dehors de trois praticiens qui les réalisaient systématiquement en début ou au cours de la prise en charge, ainsi qu'un médecin n'ayant pas donné de précision, ces évaluations étaient effectuées en cas de point d'appel clinique (n=14).

Le recours à un avis spécialisé auprès d'un confrère était parfois (n=18), souvent (n=11), voire toujours effectué (n=2) pour 31 des médecins interrogés.

Cependant, seuls quatre médecins étaient en mesure de confirmer que l'intervention d'une Équipe Mobile de Gériatrie était possible au sein des trois établissements auxquels ils appartiennent. La majorité des médecins (n=19) ne savaient pas si un recours à ces équipes mobiles était possible dans leur établissement.

Parallèlement, l'accès aux hôpitaux de jour et consultations en Centre Mémoire était considéré comme inaccessible au milieu carcéral pour 26 médecins d'USMP.

Concernant l'accès aux lits d'hospitalisation pour les personnes âgées

incarcérées présentant des troubles psychiques ou du comportement en lien avec des troubles cognitifs, cet accès était considéré comme difficile pour 17 médecins.

Aussi, lors d'un besoin d'hospitalisation pour un patient âgé, les médecins d'USMP se tournaient majoritairement vers l'UHSA (n=25), l'UHSI (n=17), et le secteur de soins psychiatriques en milieu libre (n=9). Moins fréquemment, les médecins s'orientaient vers les hôpitaux de jour psychiatriques ou neurologiques, les unités de gériatrie ou encore les unités de neurologie.

8. Vie quotidienne en milieu carcéral

Parmi les établissements représentés (n=12), six décrivaient des aménagements spécifiquement destinés aux personnes détenues âgées, comme :

- La mise en place de régimes alimentaires adaptés (n=5) ;
- L'existence de systèmes de pair-aidance (n=4) ;
- L'aménagement adapté au handicap de certaines cellules (n=3) ;
- L'installation des personnes détenues âgées dans des cellules proches de lieux fréquentés (infirmerie, école, etc.) dans l'établissement pour limiter le périmètre de marche (n=1) ;
- L'existence d'un quartier spécifique à l'accueil des personnes détenues âgées (n=1).

Concernant la sensibilisation et la formation aux problématiques psychiques et cognitives pouvant survenir chez les personnes âgées incarcérées, seul un médecin considérait que le personnel pénitentiaire de son établissement était sensibilisé à ces questions. Cependant, aucun médecin ne rapportait de formation spécifique des surveillants.

Enfin, concernant les équipes paramédicales, seulement deux établissements rapportaient une formation du personnel à ces problématiques.

9. Devenir après l'incarcération

Les soins en milieu carcéral englobent également la préparation à la sortie de détention et l'anticipation des besoins sanitaires et sociaux en milieu libre.

Tout d'abord, à propos des mesures de suspension de peine en raison de troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs d'un patient âgé, 10 médecins disaient avoir fait cette demande au moins une fois. Parmi eux, sept avaient obtenu une fois ou plus ce type de mesure.

Concernant le projet de libération, celui-ci était travaillé en amont avec d'autres acteurs de la prise en charge pour 27 médecins. Ces autres acteurs étaient :

- Le Service de Pénitentiaire d'Insertion et de Probation pour 11 médecins ;
- Les services sociaux pour 9 médecins ;
- Les praticiens spécialisés pour 7 médecins ;
- Le secteur médico-social pour 6 médecins ;
- Plus rarement, avec le médecin généraliste, les services de protection juridique, ou le secteur associatif.

Un tiers des médecins interrogés précisait avoir connaissance des réseaux de gérontologie en milieu ouvert, tels que les équipes mobiles (de gériatrie, psychogériatrie, ou de soins palliatifs), les réseaux médico-sociaux (Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), Reper'age ou Geronto80), et les services sociaux.

Enfin, il était demandé aux médecins interrogés d'estimer la difficulté d'élaboration du projet sanitaire et social à la libération d'une personne âgée incarcérée par une note de 1 (très facile) à 10 (très difficile). En moyenne, les médecins évaluaient cette difficulté à 7,8/10 ($\sigma = 1,58$), avec une médiane de 8/10. La note minimale étant de 3, et la note maximale de 10.

Les soins aux personnes âgées incarcérées dans les Hauts-de-France sont désormais décrits. Nous allons maintenant présenter les données relatives à cette population carcérale âgée de 55 ans ou plus dans cette région.

B. Description de la population âgée incarcérée dans les Hauts-de-France

1. Données démographiques

Les données brutes correspondant aux effectifs totaux et proportions des populations étudiées sont disponibles en **Annexe V**.

L'effectif total de personnes incarcérées de 55 ans ou plus dans la DISP de Lille en 2020 était de 497 personnes, soit 6,9% de la population incarcérée dans cette interrégion. En France entière, cet effectif était la même année de 5142 personnes, soit 7,3% de la population totale incarcérée en France.

Nous avons constaté que la part des personnes de 55 ans ou plus incarcérées parmi la population détenue en France et dans la DISP de Lille était en discrète

augmentation depuis 2016. Ces proportions sont retranscrites dans le **Tableau 4**.

Ainsi, le nombre de personnes incarcérées de 55 ans ou plus avait augmenté de 18,6% dans la DISP de Lille et de 14,7% en France entière entre 2016 et 2020. En comparaison, la population incarcérée de tout âge a augmenté de 11,3% dans la DISP de Lille et de 6,0% en France entière au cours de la même période.

Les évolutions des effectifs de personnes incarcérées selon le genre et la catégorie d'âge entre 2016 et 2020, en France et dans la DISP de Lille, ont été retranscrites dans la **Figure 6**.

A noter que l'augmentation de la population carcérale des 55 ans ou plus était significativement plus élevée que celle des moins de 55 ans en France ($p < 0,001$). Cette différence n'était pas significative à la DISP de Lille entre ces deux catégories d'âge ($p = 0,342$). L'évolution de la population carcérale des 55 ans ou plus dans la DISP de Lille ne présentait pas de différence significative par rapport à l'évolution de cette même population du reste de la France ($p = 0,627$).

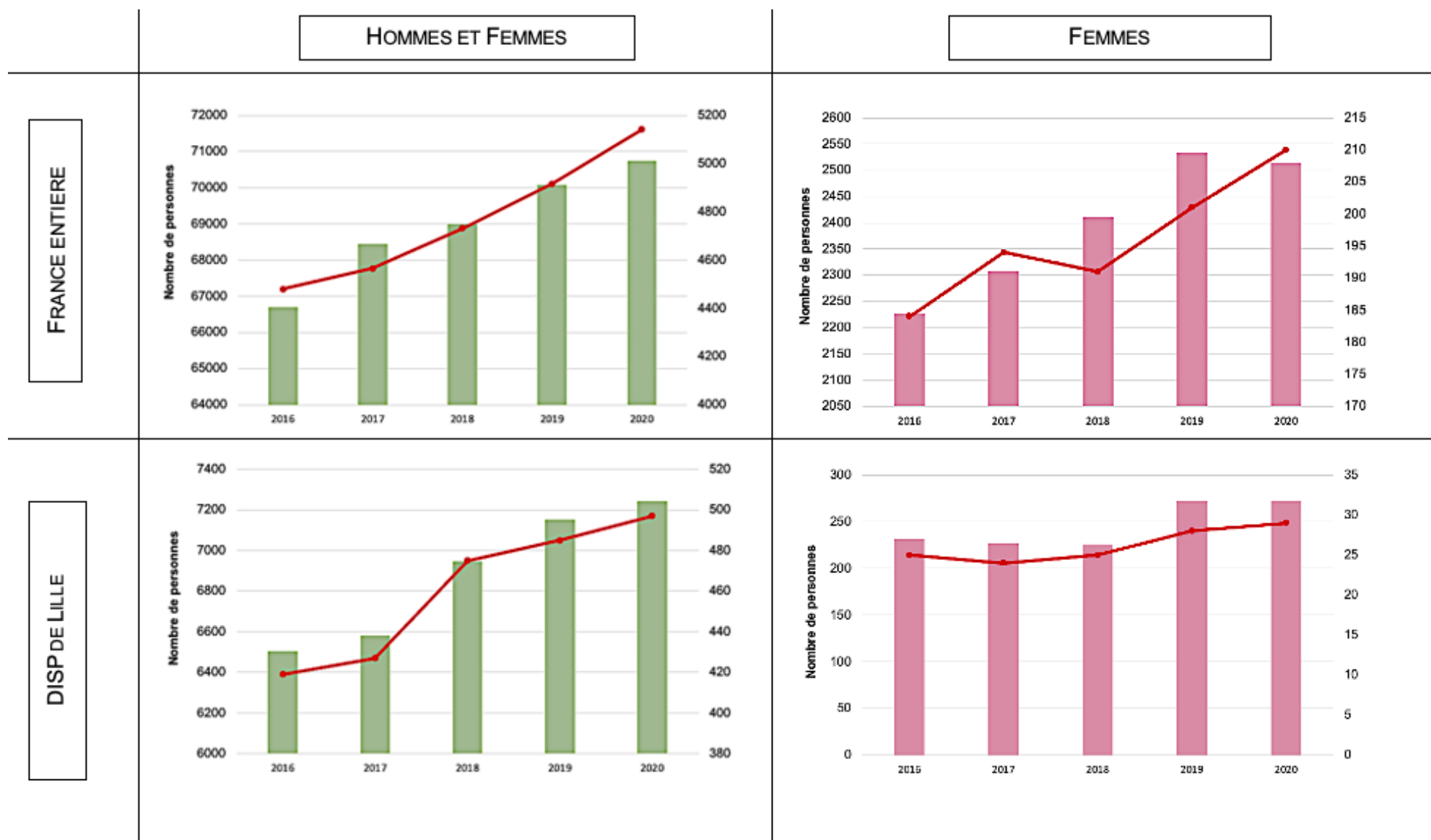
La part des femmes incarcérées a été quant à elle globalement stable au sein de chaque catégorie d'âge depuis 2016. Entre 2016 et 2020, cette part était :

- De 5,3% à 6,0% chez les 55 ans ou plus de la DISP de Lille ;
- De 4,0% à 4,2% chez les 55 ans ou plus en France entière ;
- De 3,2% à 3,8% chez les personnes incarcérées de tout âge de la DISP de Lille ou dans le reste de la France.

Tableau 4. Part des personnes de 55 ans ou plus incarcérées parmi la population détenue totale, dans la DISP de Lille et en France

	DISP de Lille	France entière
2016	6,4%	6,7%
2017	6,5%	6,7%
2018	6,8%	6,8%
2019	6,8%	7,0%
2020	6,9%	7,3%

Figure 6. Évolution du nombre de personnes incarcérées entre 2016 et 2020, selon la catégorie d'âge, en France et dans la DISP de Lille.
 — : 55 ans ou plus ■ : Tout âge



2. Données pénitentiaires : catégorie pénale et type d'infraction

Les parts respectives de chaque population selon la catégorie pénale (personnes condamnées, condamnées-prévenues, prévenues), le type d'infraction (personnes condamnées criminelles, condamnées correctionnelles), la catégorie d'âge et le secteur géographique par année entre 2016 et 2020 sont présentées en **Annexe V**.

A l'instar de la population carcérale de tout âge, la part de personnes incarcérées de 55 ans ou plus condamnées a diminué progressivement entre 2016 et 2020 dans la DISP de Lille, passant de 86,2% à 76,1%. En miroir, la part de personnes prévenues a augmenté au cours de la même période dans la DISP de Lille, passant de 12,9% à 22,5%. Le même type d'évolution était constaté en France entière.

Il n'y avait pas de différence significative entre les évolutions de 2016 à 2020 des parts de personnes prévenues de 55 ans ou plus et de celles de moins de 55 ans, à Lille ($p = 0,498$) comme en France entière ($p = 0,129$).

En revanche, l'évolution de la part des personnes prévenues de 55 ans ou plus au cours de cette période était significativement plus élevée à la DISP de Lille que dans le reste de la France ($p = 0,03$).

Concernant le type d'infraction, en 2020, la part des personnes de 55 ans ou plus condamnées pour des faits criminels parmi les personnes incarcérées et condamnées de la même catégorie d'âge était de 55,1% dans la DISP de Lille et de 52,3% en France entière. Chez les moins de 55 ans, cette même part était de 15,7% à Lille. La part de personnes condamnées pour des faits criminels parmi les personnes incarcérées était significativement plus élevée chez les plus de 55 ans, par rapport aux

personnes de moins de 55 ans ($p < 0,001$).

Enfin, la part des personnes incarcérées et condamnées pour des faits criminels chez les plus de 55 ans à la DISP de Lille n'était pas significativement différente de celle du reste de la France ($p = 0,336$).

3. Données par établissement pénitentiaire

Dans la DISP de Lille, 16 établissements pénitentiaires sont en mesure d'accueillir les personnes incarcérées de 55 ans ou plus :

- Les Maisons d'Arrêt (MA) d'Amiens, Arras, Béthune, Douai, Dunkerque, et Valenciennes ;
- Les Centres Pénitentiaires (CP) de Château-Thierry, Beauvais, Laon, Liancourt, Annoeullin, Sequedin, Longuenesse, Maubeuge et Vendin-le-Vieil ;
- Le Centre de Détention (CD) de Bapaume.

Les quartiers pénitentiaires présents au sein des CP de la région sont précisés dans le **Tableau 5**.

A noter que tous les établissements n'accueillent pas des femmes car cela nécessite des aménagements spécifiques dédiés à la non-mixité. Seuls les établissements de Bapaume, Beauvais, Sequedin et Valenciennes ont un quartier pour femmes.

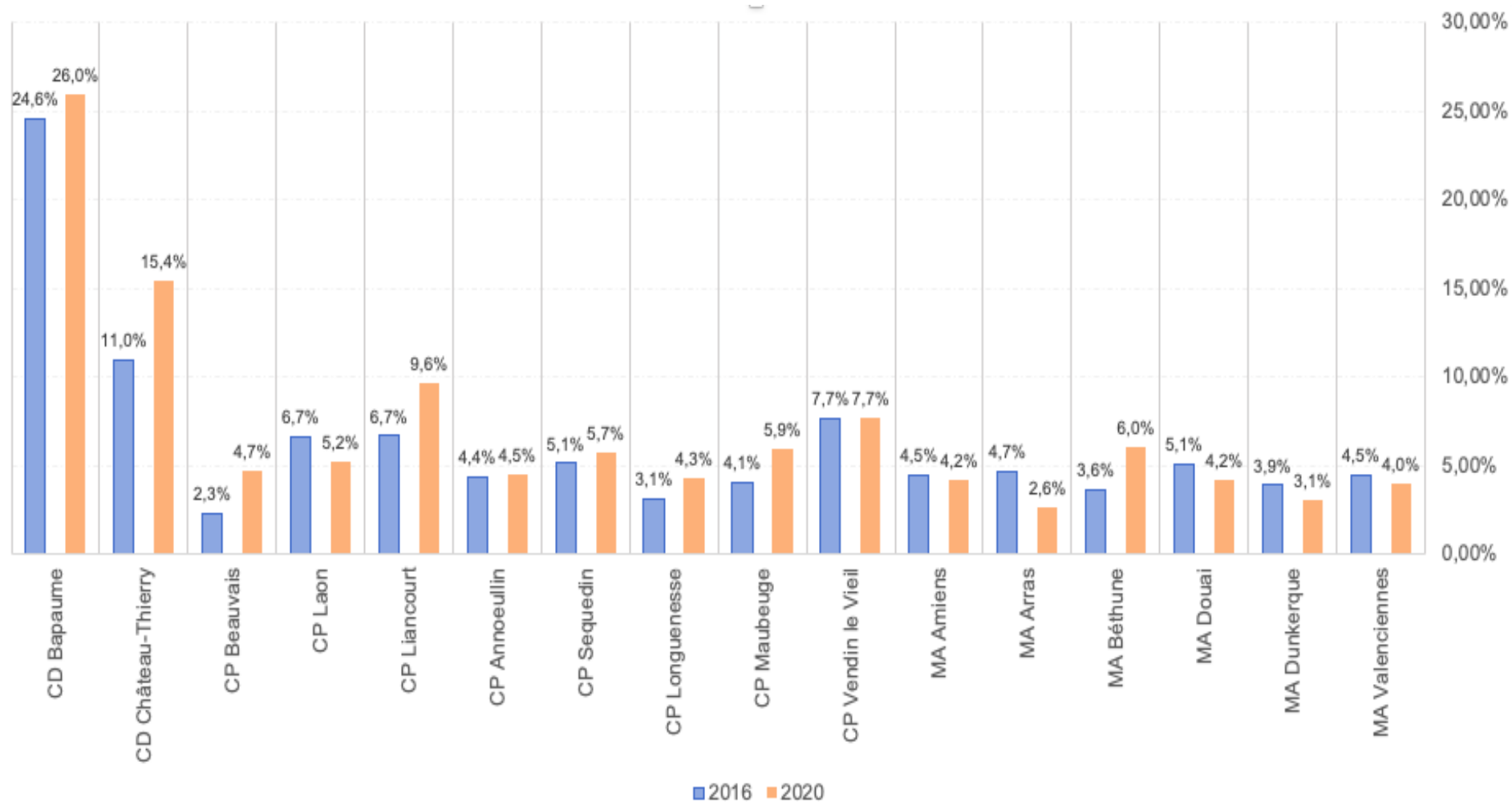
En 2020, la part des personnes incarcérées de 55 ans ou plus par établissement pénitentiaire dans la DISP de Lille variait de 2,6% (MA d'Arras) à 26,0% (CD de Bapaume). La part moyenne était de 7,1%. La médiane était quant à elle de 4,9%.

Certains établissements ont vu leur part de population âgée varier du simple au double entre 2016 et 2020, comme le CP de Beauvais ou la MA de Béthune.

La part des 55 ans ou plus par établissement en 2016 et en 2020 est résumée dans la **Figure 7**.

Tableau 5. Types de quartiers par Centre Pénitentiaire de la DISP de Lille.

Quartiers Centres	Maison d'Arrêt	Centre de Détenction	Maison Centrale	Centre pour Peines Aménagées	Centre de Semi-Liberté	Centre National d'Évaluation
<i>Annoeullin</i>	X	X				
<i>Beauvais</i>	X				X	
<i>Château-Thierry</i>		X	X			
<i>Laon</i>	X	X				
<i>Liancourt</i>	X	X				
<i>Longuenesse</i>	X	X		X	X	
<i>Maubeuge</i>	X	X				
<i>Sequedin</i>	X				X	X
<i>Vendin-le-Vieil</i>		X	X			

Figure 7. Part des personnes de 55 ans et plus parmi la population incarcérée totale, par établissement pénitentiaire de la DISP de Lille

4. Données sanitaires

a. Hospitalisations en UHSA et hôpitaux de jour

Concernant les prises en charge hospitalières, la population âgée de 55 ans ou plus incarcérée dans les Hauts-de-France était majoritairement hospitalisée à l'UHSA de Seclin. En effet, entre 2018 et 2020 inclus, nous relevons pour cette population :

- 38 hospitalisations en SDRE (dont 8 femmes) ;
- 118 hospitalisations en soins libres (dont 35 femmes).

Plus rarement, les patients étaient admis à l'hôpital de jour d'Annœullin. Entre 2018 et 2020, cette structure dénombre 12 hospitalisations de patients âgés de 55 ans ou plus à l'admission en hôpital de jour.

Malheureusement, les données de l'hôpital de jour d'Amiens ne nous ont pas été communiquées.

b. Données du Rim-P

1° Nombre d'actes de psychiatrie en 2017

Au total, 623 individus de 55 ans ou plus ont fait l'objet d'un codage d'acte en USMP en 2017 dans les Hauts-de-France. Il s'agissait de 92,6% d'hommes (n=577), et 76,4% des individus ont moins de 65 ans (n=476).

Mais il est à noter qu'une même personne peut être concernée à plusieurs reprises par le codage d'acte ambulatoire en psychiatrie carcérale (notamment lorsqu'un suivi psychiatrique est entrepris et que surviennent plusieurs consultations).

2° Hospitalisations en secteur de psychiatrie générale

Entre 2018 et 2020, il était dénombré 58 séjours hospitaliers de 41 patients (dont trois femmes) incarcérés de 55 ans ou plus dans les secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-France (hors CHU de Lille). L'âge moyen de ces patients à l'admission en hospitalisation en 2020 était de 63,2 ans ($\sigma = 5,29$), et variait peu comparativement à 2018 et 2019.

IV. Discussion

Seule étude française à ce jour sur le sujet, notre travail permet de décrire de façon concrète les soins proposés actuellement aux personnes âgées incarcérées présentant des troubles psychiques et/ou cognitifs dans les Hauts-de-France. Par ailleurs, cette population ainsi que l'environnement dans lequel elle évolue sont désormais mieux définis grâce aux données utilisées dans ce travail.

En regard de la littérature scientifique existante, l'ensemble de ces résultats permettent *in fine* de caractériser les points forts et faibles du système sanitaire en milieu carcéral à destination des personnes vieillissantes et d'élaborer certaines suggestions pour améliorer la prise en charge de ces personnes.

A. Principaux résultats de notre étude et mise en perspective

1. Des différents profils de la personne âgée incarcérée

En 2020, dans les Hauts-de-France, les personnes âgées détenues représentaient environ 7% de la population détenue totale. Mais cette population spécifique ne saurait être parfaitement homogène, et établir plus précisément les différents profils rencontrés chez les personnes âgées incarcérées pourrait permettre d'adapter au mieux les différents axes de prises en charge sanitaires et pénitentiaires de cette population spécifique. Notre étude permet de décrire les personnes âgées incarcérées sous différents aspects.

Tout d'abord, les personnes âgées incarcérées dans les Hauts-de-France présentent plusieurs caractéristiques similaires à celles décrites dans la littérature : en

augmentation en effectif tout comme en proportion parmi la population carcérale totale, elles sont plus souvent condamnées que prévenues, et ce le plus souvent pour des infractions criminelles.

En revanche, compte tenu des très faibles effectifs de femmes âgées incarcérées au niveau régional et national, il n'est pas pertinent d'établir un profil clair et comparable pour ce sous-groupe.

Concernant le profil sanitaire des personnes âgées incarcérées dans les Hauts-de-France, notre étude ne permet pas d'établir la prévalence des troubles psychiques et cognitifs chez cette population. Toutefois, si ces prévalences sont comparables à celles retrouvées dans la littérature, et donc supérieures à celles chez la population incarcérée de tout âge, nous pouvons formuler l'hypothèse que les besoins sanitaires des personnes âgées incarcérées soient supérieurs à ceux des plus jeunes.

Concernant le profil judiciaire, la proportion importante que nous avons constaté de personnes condamnées pour des faits criminels parmi la population âgée incarcérée peut s'expliquer par plusieurs aspects.

Si le motif d'incarcération n'est pas connu dans les données des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France, nous savons grâce à la littérature que plusieurs « profils criminels » se distinguent chez les personnes âgées incarcérées (42,43) :

- Les personnes détenues multi-récidivistes et dont le parcours est marqué par de multiples incarcérations de durées variables ;
- Les personnes détenues condamnées jeunes à de longues peines et vieillissant en détention ;

- Les personnes détenues primo-incarcérées à un âge tardif, le plus souvent pour des infractions à caractère sexuel.

L'existence de ces deux derniers profils, plus fréquents chez la personne âgée incarcérée, peut ainsi expliquer l'importance des effectifs de personnes condamnées pour des faits criminels parmi cette population comparativement aux personnes détenues plus jeunes.

De plus, selon Uzoaba en 1998, 72,8% des personnes incarcérées de plus de 50 ans au Canada ont été primo-incarcérées à un âge tardif (85). Aussi, dans l'étude de Baidawi et al., en 2015, on retrouve chez les personnes incarcérées après l'âge de 50 ans un taux de primo-incarcération de 76,5% (35).

Rupture brutale avec la « vie d'avant » en milieu libre, la première incarcération instaure sans grande précaution un rapport de force inconnu propre au système carcéral et souvent violent (86). Ce rapport de force a peu de chance d'être dominé par la personne âgée primo-incarcérée. Vulnérable par son âge, sa condition physique et/ou mentale, son motif d'incarcération (les personnes incarcérées pour des infractions à caractère sexuel étant particulièrement à risque de subir des violences en milieu carcéral), sa méconnaissance du système carcéral et ses codes, la quasi-absence de pairs du même âge, et donc toutes les stigmatisations liées à ces éléments (87), la personne âgée primo-incarcérée cumule de nombreux facteurs de stress ainsi que de risques de difficultés adaptatives majeures⁷.

A titre d'exemple, la fréquence des condamnations pour des faits infractionnels à caractère sexuel chez les personnes âgées incarcérées est très bien illustrée par le

⁷ Ces difficultés d'adaptation sont parfois décrites dans la littérature (scientifique ou non) comme phénomène de « choc carcéral ». Les personnes âgées incarcérées y sont particulièrement sujettes.

CD de Bapaume. En effet, cet établissement pénitentiaire est orienté sur la détention de personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel. Et dans cet établissement, les personnes détenues de 55 ans ou plus comptent pour plus d'un quart des effectifs, soit une proportion de personnes âgées bien plus importante que dans d'autres établissements pénitentiaires de la région.

Le regroupement des personnes détenues par motif infractionnel – et donc indirectement par catégorie d'âge et type de vulnérabilité – pourrait peut-être représenter une alternative limitant les risques de difficultés majeures d'adaptation au milieu pénitentiaire pour les personnes âgées primo-incarcérées.

Dans tous les cas, connaître le « profil judiciaire » d'une personne âgée incarcérée permettrait probablement d'anticiper au moins une partie du « profil sanitaire », et ainsi prévenir, dépister, ou traiter précocement certains troubles psychiques et/ou cognitifs en lien avec l'incarcération.

2. Des soins psychiatriques rarement spécifiques

a. Une tranche d'âge oubliée des perspectives de soins spécifiques au vieillissement et à ses risques

La littérature scientifique définit une personne incarcérée comme âgée à partir de 50 à 60 ans, soit en moyenne un âge 10 ans inférieur à celui des personnes âgées vivant en milieu libre.

Pourtant, une majorité des médecins d'USMP placent ce curseur à partir de 65 ans et ne prennent donc pas en compte les spécificités carcérales pour déterminer ce seuil chez les patients détenus.

Ainsi, les soins adressés aux personnes incarcérées de moins de 65 ans

risquent de manquer de spécificité. La prise en compte du vieillissement prématuré et de ses risques en milieu carcéral pourrait permettre d'améliorer les démarches de soins préventifs et curatifs, qu'ils soient psychiques ou physiques, et également d'adapter au mieux la prescription de traitements pharmacologiques.

b. Un maniement des psychotropes globalement cohérent avec les risques iatrogéniques liés au vieillissement

Peu de recommandations précises existent concernant l'utilisation des psychotropes chez les personnes âgées, incarcérées ou non. En psychiatrie de la personne âgée, la prescription de ce type de traitement obéit à des principes utilisés pour la plupart des traitements médicamenteux en médecine de la personne âgée. Ces principes visent à diminuer le risque iatrogénique, comme le principe de titration médicamenteuse *start low, go slow*⁸ (88,89). En effet, le risque iatrogène est central lors de la prescription de psychotropes chez la personne âgée, d'autant plus si cette dernière présente des critères de fragilité (90).

Ces éléments entraînent la nécessité d'adapter les prescriptions médicamenteuses à la condition médicale du patient âgé. Une très grande majorité de médecins en USMP modifie ses habitudes de prescription face à ce type de patient, par rapport aux patients plus jeunes. De la même manière, presque tous les médecins évitent les associations de psychotropes.

Les mêmes principes semblent être retrouvés lorsque nous observons les habitudes de prescriptions par classe médicamenteuse. D'une manière générale, les

⁸ « Commencer bas, aller lentement ».

traitements sont toujours introduits à des posologies (initiale et d'entretien) plus faibles. Il y a cependant moins de consensus pour les vitesses d'augmentation des psychotropes (*go slow*), notamment pour les antipsychotiques et les anxiolytiques.

En revanche, la surveillance après introduction d'un traitement psychotrope n'est pas renforcée dans la plupart des cas.

La gestion du risque iatrogénique semble ainsi partiellement effectuée en milieu carcéral. Cela peut s'expliquer par l'insuffisance de formation en médecine de la personne âgée. Mais peut-être aussi par le manque de moyens humains, notamment la carence médicale en milieu pénitentiaire, empêchant la réévaluation thérapeutique régulière, ou encore l'absence de possibilité de passages infirmiers pluriquotidiens en cellule.

Parallèlement, le risque de mésusage médicamenteux majore le risque iatrogénique. A ce sujet, seuls 8 établissements pénitentiaires dans les Hauts-de-France proposent une aide à la prise médicamenteuse. De plus, cette aide n'intervient au maximum qu'une fois par jour.

Or, les patients âgés sont souvent polymédiqués, et la gestion autonome du traitement médicamenteux peut entraîner des difficultés d'observance – surtout si le patient souffre de troubles psychiques et/ou cognitifs –, favoriser le mésusage, voire entraîner des situations de victimisation de ces personnes par l'intermédiaire de trafics de psychotropes (notamment les benzodiazépines et les hypnotiques) et d'opiacés.

Les habitudes sont également plus disparates concernant la pratique d'un bilan pré-thérapeutique avant introduction d'un psychotrope. Toutefois, il n'était pas précisé dans le questionnaire pour quelle classe médicamenteuse était réalisé ce type de

bilan. S'il est recommandé d'effectuer un bilan pré-thérapeutique avant introduction d'un traitement antipsychotique, quel que soit l'âge (91), les autres classes médicamenteuses ne font pas l'objet de recommandations spécifiques, pour les patients jeunes comme pour les plus âgés.

Même s'il existe peu de recommandations précises concernant la prescription de psychotropes chez le sujet âgé, la HAS met pourtant en évidence en 2012 plusieurs difficultés liées à ces prescriptions, et notamment (92) :

- Des durées de traitements trop longues et une surprescription des benzodiazépines ;
- La surprescription des neuroleptiques dans les troubles du comportement ;
- L'insuffisance de prescription d'antidépresseurs.

Ce constat fait jaillir à nouveau l'intérêt de recommandations précises sur l'usage des psychotropes chez le sujet âgé, et notamment en milieu carcéral où les problématiques de troubles du comportement et de syndrome dépressif sont prévalentes. De plus, adapter ces recommandations aux limites éprouvées par le système carcéral (difficultés prévisibles d'observance, prise en compte du surrisque de victimisation en cas de prescription de médicaments agonistes opioïdes, impossibilité de suivi pluriquotidien, etc.) aurait un intérêt supplémentaire évident.

L'insuffisance de prescription d'antidépresseurs rejoint la problématique de sous-diagnostic et d'insuffisance de traitement de la dépression du sujet âgé (89). Pourtant, la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez le sujet âgé, en milieu carcéral comme en milieu libre.

Décrite comme étant un syndrome gériatrique, la dépression non diagnostiquée

et non traitée peut rapidement s'accompagner d'une perte d'autonomie, d'une fragilisation globale de l'état de santé, ou d'un déclin cognitif plus marqué (93). D'ailleurs, la question de la distinction entre trouble neurocognitif débutant et dépression peut parfois se poser face à une personne âgée présentant des symptômes cognitifs.

L'intervention de professionnels spécialisés en médecine de la personne âgée peut donc être intéressante dans ce contexte (94). Mais trop peu d'établissements pénitentiaires disposent de partenariats avec des équipes mobiles de gériatrie ou de psychogériatrie.

c. Un recours inconstant aux soins hospitaliers et ambulatoires

Du fait de la prévalence élevée des troubles psychiques chez les personnes âgées incarcérées, un nombre important de suivis et d'hospitalisations de ces personnes en milieu psychiatrique est attendu.

Premièrement, en 2018, on dénombre 52 séjours hospitaliers de patients de 55 ans ou plus à l'UHSA de Seclin. A titre de comparaison, un total de 542 séjours hospitaliers (quel que soit l'âge du patient) est recensé l'année précédente dans ce même établissement (95,96). La proportion de personnes de 55 ans ou plus hospitalisées à l'UHSA pourrait donc se situer aux alentours de 10%, soit une proportion supérieure à celle retrouvée en milieu carcéral.

Le nombre de personnes âgées incarcérées hospitalisées en secteur de psychiatrie générale est quant à lui plutôt négligeable (environ une cinquantaine en l'espace de trois ans) et est difficilement interprétable puisque certaines de ces

hospitalisations sont directement suivies d'un transfèrement à l'UHSA pour la poursuite des soins.

Aussi, les personnes âgées sont nettement sous-représentées à l'hôpital de jour d'Annœullin : cette structure compte 209 séjours en 2017 (96), alors que seuls cinq patients de 55 ans ou plus y ont été admis en 2018, soit moins de 3% des effectifs estimés si nous considérons que le nombre d'admissions est stable d'une année à l'autre.

Parallèlement, en 2017, alors que 427 personnes de 55 ans ou plus sont incarcérées dans les Hauts-de-France, nous décomptons seulement 623 codages d'actes dans le RIM-P, soit environ 1,5 acte par personne et par année. Si nous considérons qu'entre un tiers et la moitié des personnes âgées incarcérées présente des troubles psychiques, cette population semble donc insuffisamment suivie. Toutefois, ces données dépendent de la qualité du codage RIM-P. Elles peuvent donc être incomplètes et ne pas refléter totalement la fréquence de suivi des personnes incarcérées.

Mais comment expliquer que les personnes âgées détenues bénéficient d'aussi peu de suivis psychiatriques et d'hospitalisations de jour ?

Certains troubles psychiatriques survenant préférentiellement chez la personne âgée sont peu bruyants en milieu carcéral, comme l'apathie ou la déambulation. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que ces troubles passent souvent inaperçus et ne font pas l'objet d'un suivi ou d'une surveillance médicale. C'est lorsque surviennent des troubles du comportement visibles et gênant l'organisation des temps carcéraux

qu'intervient peut-être l'hospitalisation, shuntant toute possibilité de suivi antérieur.

Aussi, les personnes âgées incarcérées présentent un taux particulièrement élevé de comorbidités physiques. Lorsqu'un suivi et/ou une hospitalisation est indiquée, il est possible que ces personnes soient prises en charge par des médecins somaticiens et que les troubles psychiatriques passent en second plan (69).

Parallèlement, notons aussi la fréquence importante de plaintes physiques lors d'authentiques syndromes dépressifs chez la personne âgée (97), pouvant engendrer des suivis préférentiellement « somatiques » plutôt que psychiatriques. Il en est de même pour les troubles neurocognitifs qui peuvent s'accompagner de comorbidités physiques importantes.

Il pourrait être ainsi intéressant d'envisager une approche systématique impliquant une consultation psychiatrique, ou a minima une vigilance renforcée, face à ces patients aux plaintes physiques multiples ou présentant de nombreuses comorbidités au premier plan.

d. Une approche incomplète de la problématique cognitive

Compte tenu de la prévalence de troubles cognitifs plus importante en milieu carcéral qu'en milieu libre, plusieurs études préconisent la réalisation d'un dépistage systématique de ces troubles pour les personnes âgées incarcérées (23,45,46,75,98).

Cependant, dans les établissements pénitentiaires des Hauts-de-France, ce dépistage est rarement systématique mais est souvent réalisé en cas de suspicion clinique. Aussi, les modalités d'évaluation de la sphère cognitive sont très variées. La réalisation de bilans neuropsychologiques reste rare et est soumise à des contraintes institutionnelles. En effet, explorer précisément les fonctions cognitives en milieu

carcéral implique le recrutement d'un neuropsychologue, avec un temps de travail au sein de la structure suffisant pour effectuer des évaluations systématiques. Comme en milieu libre, il existe probablement des délais d'attente importants voire une impossibilité d'accès à ce type de prestation sanitaire.

Parallèlement, nombreux sont les médecins d'USMP des Hauts-de-France à pointer l'indisponibilité ou la difficulté d'accès aux imageries cérébrales et aux consultations mémoire disponibles sur le territoire. En effet, réaliser une imagerie cérébrale ou bénéficier de consultations spécialisées nécessite une extraction (dont les conditions varient selon le statut de la personne détenue) et est donc dépendante des disponibilités pénitentiaires et des possibilités de mobilisation de la personne âgée.

Ainsi, si les troubles cognitifs sont facilement dépistés par les médecins d'USMP des Hauts-de-France, il est probable que la majorité de ces pathologies ne soient pas totalement diagnostiquées, précisées, ou traitées.

3. Des connaissances et de la formation des médecins d'USMP en médecine de la personne âgée

La population de médecins travaillant en USMP est en grande majorité non formée spécifiquement à la prise en charge sanitaire des personnes âgées. D'ailleurs, les auto-estimations de compétences en psychiatrie de la personne âgée, en troubles neurocognitifs ou en gériatrie restent assez faibles, et sans doute insuffisantes pour aborder sans difficulté certaines prises en charge gérontopsychiatriques.

Toutefois, il faut souligner que malgré l'insuffisance de formation en médecine de la personne âgée, les médecins d'USMP ont conscience de la prévalence importante des troubles psychiques et des troubles cognitifs chez les personnes âgées incarcérées puisqu'ils la situent en grande majorité au moins équivalente, voire supérieure, à celle chez les personnes plus jeunes en milieu carcéral.

Ces prévalences, chez les personnes âgées comme chez les plus jeunes, sont cependant probablement sous-estimées. En effet, alors que la littérature scientifique avance souvent des prévalences de troubles psychiques chez les sujets âgés incarcérés entre 30% et 50%, la moitié des médecins somaticiens et 40% des psychiatres exerçant en USMP des Hauts-de-France estiment cette prévalence comme inférieure à 30%.

A contrario, la prévalence des troubles neurocognitifs chez les personnes âgées incarcérées dans les Hauts-de-France est estimée en majorité entre 11% et 50%, soit une prévalence similaire à celles retrouvées dans la littérature. Environ un tiers des médecins pourrait même avoir tendance à surestimer la prévalence de ces troubles. Notons cependant que la définition de « troubles neurocognitifs » n'était pas précisée dans le questionnaire de l'étude. Les médecins ont alors pu y regrouper les prévalences de déficits intellectuels, de personnes souffrant des conséquences de consommations chroniques d'alcool ou d'autres toxiques, ou encore de troubles psychiques à retentissement cognitif parfois important tels que la schizophrénie ou certaines formes de troubles bipolaires.

A moyen terme, et compte tenu de l'accroissement de la population âgée carcérale et donc de la prévalence des troubles psychiques et cognitifs, les besoins

de formation en psychiatrie de la personne âgée pourraient se faire ressentir en milieu carcéral. Ces besoins concernent les médecins mais également tous les professionnels exerçants ou non en secteur sanitaire, et qui selon notre étude sont insuffisamment sensibilisés à la question du vieillissement en milieu carcéral.

3. De la complexité de la fin d'incarcération

Les médecins des Hauts-de-France se disent presque unanimement en difficulté pour établir le projet de libération des personnes âgées détenues. En cause, peuvent être évoqués la fréquente absence de partenariats avec le secteur médico-social du territoire (Ehpad, résidence autonomie, foyer logement), la stigmatisation liée à la condition pénale freinant l'admission en structure médico-sociale, ou encore le manque de connaissance des réseaux sanitaires et sociaux spécialisés en gériatrie.

L'élaboration du projet de libération est par ailleurs déterminante lors d'une demande d'aménagement de peine, qui est alors presque systématiquement refusée lorsque le projet de libération n'est pas considéré comme assez solide (absence de logement ou de travail en milieu ouvert, précarité du relai de prise en charge sociale ou sanitaire à la sortie d'incarcération) (99). L'absence de partenariat avec les secteurs médico-sociaux peut ainsi représenter un frein majeur à ces demandes d'aménagements de peine, même lorsque la personne détenue présente une maladie grave, voire lorsqu'elle est en fin de vie.

Pour pallier à ces difficultés, aux États-Unis, les personnes âgées incarcérées peuvent parfois bénéficier du programme *Project for Older Prisoners* (POPS) : il s'agit

ici d'un modèle de réinsertion à la suite d'une libération anticipée de personnes âgées détenues à faible risque de récidive criminologique et ayant effectué au moins la moitié de leurs peines (22,80). Il ne semble pas exister de programme similaire en France.

La question précise de la fin de vie en prison n'a pas été abordée dans notre étude. La littérature offre assez peu de données concernant cette problématique (100). Toujours aux États-Unis, le programme *Guiding Responsive Action in Corrections at End of life* (GRACE) a été élaboré afin de répondre aux besoins de personnes détenues ayant une espérance de vie inférieure à un an et dont la libération n'est pas envisagée (101). Ce programme multidisciplinaire comprend l'intervention d'un médecin psychiatre chargé de plusieurs missions :

- La réalisation d'une évaluation clinique ;
- La proposition de séances de psychothérapies afin d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées ;
- La gestion du traitement psychotrope en cas de troubles psychiatriques associés ;
- La médiation d'éventuels conflits pouvant survenir entre le patient et l'équipe de soins.

Là encore, à notre connaissance, aucune étude française concernant des programmes dédiés à la prise en charge de la fin de vie en prison n'a été publiée. Pourtant, compte tenu de la difficulté à obtenir un aménagement de peine et de l'augmentation du nombre de personnes âgées incarcérées, nous pouvons supposer que ce type de situation doit survenir régulièrement en milieu carcéral.

5. Des agents pénitentiaires en difficultés au sein d'infrastructures inadaptées au vieillissement et au handicap

Les besoins en formation/sensibilisation touchent également le personnel pénitentiaire, en première ligne dans la prise en charge quotidienne des personnes âgées incarcérées. A titre d'exemple, les troubles du comportement survenant en milieu carcéral peuvent en effet être interprétés à défaut comme un problème disciplinaire plutôt que comme un trouble psychique ou cognitif par le personnel pénitentiaire (75). Une étude de Combalbert et al. menée en 2019 révèle d'ailleurs toute l'ambivalence que peut ressentir le personnel pénitentiaire face à ces personnes détenues atypiques du fait de leur âge et de leur vulnérabilité (102). A la fois menace de la société et symbole de sagesse au cœur d'une population marquée par la violence (symbolique ou actée), la personne âgée incarcérée est clivante.

Au-delà des aspects sanitaires, sensibiliser le personnel pénitentiaire aux problématiques liées au vieillissement et aux troubles psychiques pourrait permettre d'améliorer les conditions d'incarcérations des personnes détenues concernées (103).

Plus largement, très peu d'établissements pénitentiaires proposent des adaptations de l'environnement spécifiques au vieillissement et au handicap (21). En effet, ces structures sont construites et pensées pour l'accueil de personnes jeunes : par exemple, la médiane d'âge des personnes détenues en France en avril 2021 étant de 32 ans (104). Dans ce contexte, Crawley et al. en 2005 parle même « d'inconscience institutionnelle » pour évoquer l'absence de différence de régime pour les personnes détenues âgées par rapport aux plus jeunes (105), les rendant

ainsi particulièrement à risque de subir des négligences (106).

L'augmentation progressive de la part des personnes âgées parmi la population carcérale devrait amener à repenser l'environnement global du milieu pénitentiaire pour une meilleure adaptation des prises en charge.

Aux États-Unis, des programmes de soins généraux dédiés à la prise en charge des personnes détenues âgées, alliant cellules aménagées, multidisciplinarité des soins, pair-aidance, et parfois soins palliatifs, ont été créés (107).

Dans les Hauts-de-France, au CD de Bapaume, la proportion particulièrement élevée de personnes âgées parmi les personnes incarcérées a amené à établir un projet d'établissement appelé « bien vieillir en détention », et orienté vers la réponse aux besoins des personnes âgées de 60 ans et plus (ou ayant un âge inférieur mais présentant au moins une problématique sanitaire ou sociale liée au vieillissement), tels que⁹ :

- Le « développement d'activités et d'ateliers à visées socio-éducatives, ludiques, sportives, répondant aux problématiques rencontrées par les personnes détenues âgées et leur permettant de mieux vivre leur détention et inspirés de la prise en charge proposée en Ehpad, en maisons de retraite et dans les centres d'accueil de jour pour les malades d'Alzheimer » ;
- La « mise en œuvre d'un programme de suivi par l'unité sanitaire pour le maintien et le développement des capacités physiques et psychiques des personnes détenues âgées » ;

⁹ Ce projet d'établissement, non publié, nous a été présenté par l'administration pénitentiaire du CD de Bapaume à l'occasion d'une rencontre informelle dédiée à la discussion autour du vieillissement de la population incarcérée.

- La « mise en œuvre d'un programme de suivi par le centre scolaire pour le maintien et le développement des capacités intellectuelles et cognitives des personnes âgées » ;
- « L'aménagement des espaces extérieurs en détention, initiation du public aux espaces verts, développement du rapport à la terre, de la médiation animale » ;
- La « mise en œuvre d'un suivi individualisé par la commission pluridisciplinaire unique et le premier surveillant référent du dispositif ».

Certaines activités occupationnelles et de stimulation cognitive persistent encore aujourd'hui à Bapaume, mais la majorité des projets initialement prévus pour améliorer les conditions d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées n'ont pas pu être investis en raison de contraintes institutionnelles, de manque de collaboration entre professionnels de la santé et l'administration pénitentiaire, ou de l'insuffisance de partenariat avec les Ehpad.

Globalement, le manque de moyens alloués aux établissements pénitentiaires peut contribuer à l'échec d'initiatives locales dédiées à l'accueil des personnes âgées incarcérées.

Surtout, comment évoquer la création de dispositifs aussi spécifiques alors même que la plupart des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France sont insuffisamment dotés en cellules pour Personnes à Mobilité Réduite (PMR), sont jalonnés par des escaliers impraticables pour les personnes en situation de perte d'autonomie, ou encore sont dans l'impossibilité de fournir des régimes alimentaires adaptés aux personnes en nécessitant ? Comment proposer des prises en charge adaptées aux particularités de chaque handicap alors que le milieu carcéral souffre d'une surpopulation importante aux besoins généraux déjà difficiles à satisfaire ? (108)

Aussi, la création de quartiers pénitentiaires dédiés à l'hébergement des personnes âgées détenues ne fait pas toujours consensus, et ce pour plusieurs raisons (42,48) :

- Du fait parfois de l'absence de volonté de la part des personnes âgées incarcérées d'être hébergées dans ce type de structure ;
- L'intérêt d'un hébergement intergénérationnel afin de diminuer les problèmes disciplinaires chez les plus jeunes – les capacités d'une personne âgée en tant que « modèle positif » à apaiser un groupe ou une personne détenue jeune est parfois mis en avant par le personnel pénitentiaire ;
- L'existence d'un risque de stigmatisation, d'une perte de lien social, et de mise à l'écart des autres personnes détenues ;
- La nécessité de moyens humains, financiers et de formations supplémentaires pour la création de ce type de quartiers.

Certains établissements des Hauts-de-France compensent le manque de moyens institutionnels par des dispositifs de bénévolat entre personnes détenues. Un rapport du CGLPL de 2018 indique d'ailleurs que l'accompagnement humain aux actes de la vie quotidienne pour les personnes âgées incarcérées en situation de perte d'autonomie est effectué dans la majorité des cas par un co-détenu, le plus souvent non formé, et alors chargé d'une responsabilité non souhaitée, lourde et inadaptée (109). La création de systèmes formalisés de pair-aidance, avec la proposition de formations appropriées aux aidants incarcérés, pourrait être une réponse à ce type de problématique (110–114).

Également, un établissement des Hauts-de-France signale à l'occasion de notre étude qu'une personne âgée détenue a dû être placée en quartier d'isolement afin de faciliter les soins de nursing. Ce fait marque les difficultés à offrir un environnement adapté aux personnes âgées présentant une perte d'autonomie : en effet, les cellules en quartier d'isolement n'ont pas pour objectif de permettre la réalisation de soins de nursing, et peuvent entraîner de nombreuses autres complications liées à l'isolement social et sensoriel. Son usage ne devrait être qu'exceptionnel, et exclusivement justifié par des critères pénitentiaires (115).

En 2021, le CGLPL met en exergue les conditions d'incarcération dramatiques au sein de « l'unité de soutien et d'autonomie » du Centre de Détention de Bédenac, en Charente-Maritime (116). Cette unité, destinée à accueillir des personnes âgées incarcérées en situation de perte d'autonomie voire de dépendance, a été épinglée par le CGLPL en raison de nombreux dysfonctionnements « incompatibles avec l'incarcération et dans des conditions attentatoires à la dignité » et a fait l'objet de recommandations en urgence et d'un signalement aux autorités compétentes.

La création de dispositifs pénitentiaires spécifiques à l'accueil des personnes âgées incarcérées n'est donc pas toujours la panacée en raison de fréquents manques de moyens ou de collaboration insuffisance entre professionnels pénitentiaires et sanitaires.

B. Éthique et sens de la peine

Après avoir souligné les difficultés sanitaires et pénitentiaires inhérentes aux personnes âgées incarcérées, il semble nécessaire d'aborder certaines considérations éthiques.

Une personne âgée détenue présentant des troubles psychiatriques graves, une dépendance aux actes de la vie quotidienne, ou encore des troubles neurocognitifs sévères, peut-elle encore investir sa peine de prison et y mettre un sens (117) ? En d'autres termes, quel objectif sociétal à l'incarcération si la personne détenue présente au cours de sa peine de prison une altération importante de ses fonctions psychiques et/ou cognitives ?

Effectuer sa fin de vie en milieu fermé est-elle éthiquement justifiable par la dangerosité présumée et le risque théorique de récidive, probablement assez faibles dans un tel type de contexte ?

Pour les personnes âgées incarcérées, la fréquente apparition de troubles cognitifs et de comorbidités physiques se surajoutant à des troubles psychiques pourrait indiquer l'intérêt d'une réévaluation régulière du risque criminologique et de la dangerosité, mais cela impliquerait un meilleur accès aux expertises psychiatriques. En effet, la pénurie d'experts psychiatres et donc les délais importants d'attente pour bénéficier d'une expertise rendent impossibles actuellement ce type de mesure systématique (118).

Peut-on aussi, en milieu carcéral, assurer des conditions suffisantes pour la continuité des soins souvent multidisciplinaires et complexes, la dignité et la sécurité

affective des personnes âgées concernées par le handicap, la fragilité, ou la fin de vie ?

Du fait de ses besoins sanitaires et sociaux, la personne âgée incarcérée est donc susceptible de mettre en surbrillance les questions éthiques liées au milieu carcéral en général : droit à l'accès à des soins appropriés, à des conditions de vie suffisantes pour assurer l'hygiène et la dignité, à la protection de son intégrité physique et mentale, ou encore à la lutte contre l'isolement social (99).

C. Limites et perspectives

Si plus des deux tiers d'établissements pénitentiaires des Hauts-de-France sont représentés dans notre étude, un peu de moins de la moitié des médecins travaillant en USMP ont répondu au questionnaire. Les résultats de notre étude, majoritairement descriptifs, décrivent donc une tendance parmi les habitudes de soins dédiés aux personnes âgées incarcérées. Le taux de participation moyen des médecins d'USMP peut questionner l'intérêt porté par ceux-ci sur la prise en charge des personnes âgées incarcérées, actuellement minoritaires et peu bruyantes comparativement aux personnes incarcérées plus jeunes.

Parallèlement, certaines questions posées aux médecins d'USMP ont pu induire un biais de désirabilité sociale (119), réduisant potentiellement la validité de nos résultats, notamment concernant le maniement de psychotropes.

Par ailleurs, toutes les données sur le nombre d'hospitalisation en hôpital de

jour, ainsi qu'en secteur de psychiatrie n'ont pas été disponibles. Il est possible que les chiffres de ces hospitalisations soient minimisés. Cependant, la majorité des données étaient en notre possession et il est peu probable que les données manquantes suivent une tendance différente de celle décrite dans nos résultats.

Également, les données issues du RIM-P peuvent manquer d'exhaustivité et donc insuffisamment refléter les soins psychiatriques ambulatoires apportés aux personnes âgées incarcérées.

Enfin, les données pénitentiaires et sanitaires au 1^{er} janvier 2021 n'ont pas été incluses dans notre étude en raison de la modification importante des effectifs carcéraux liée à la pandémie Covid-19. En effet, cette situation sanitaire inédite a entraîné un grand nombre de libérations anticipées. La population carcérale de tout âge a ainsi diminué de 12% entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021, pour depuis augmenter de nouveau (79). Ces chiffres n'étant pas représentatifs de la situation générale en milieu carcéral, nous avons donc choisi de ne pas les inclure.

Notre étude dresse donc un profil général de la personne âgée incarcérée dans les Hauts-de-France, et fait aussi un état des lieux des soins psychiatriques qui leur sont apportés et de leur environnement quotidien dans les établissements. A notre connaissance, aucune étude n'a exploré la façon dont les médecins d'USMP percevaient leurs habitudes de soins aux personnes âgées incarcérées, en France ou ailleurs. Il pourrait être intéressant d'investiguer ces habitudes en interrogeant les médecins travaillant dans des USMP des autres DISP. Ce type d'étude pourrait ainsi améliorer la significativité des résultats puisqu'en interrogeant davantage de médecins, nous aurions une représentation exhaustive des soins apportés aux

personnes âgées incarcérées sur la totalité du territoire français.

Parallèlement, explorer les soins proposés aux personnes âgées incarcérées en milieu hospitalier, notamment en UHSA et en UHSI, pourrait également apporter un éclairage intéressant, et mieux apprécier l'entièreté de l'offre de soins à destination de cette population vulnérable.

D. Suggestions pour améliorer la prise en charge des personnes âgées incarcérées

Comme nous venons de le voir, la prise en charge des personnes âgées incarcérées sur les plans sanitaire et pénitentiaire est perfectible en raison de son manque global de spécificité. Nous proposons ici de reporter certaines recommandations retrouvées dans la littérature ainsi que nos suggestions afin d'améliorer la prise en charge de cette population spécifique.

1. Premier axe : les aspects sanitaires

Dans l'idéal, et pour améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées incarcérées, de nombreux projets pourraient être développés.

Premièrement, compte tenu de l'augmentation progressive des effectifs de personnes âgées détenues, il pourrait être intéressant de déployer des formations courtes à destination du personnel médical et paramédical travaillant en USMP afin de cibler :

- Le dépistage et la prise en charge de premier recours des troubles psychiques les plus fréquemment rencontrés chez les personnes âgées incarcérées et les spécificités diagnostiques liées à l'âge ;
- Le dépistage précoce des troubles cognitifs et certains éléments généraux de prise en charge des symptômes psychocomportementaux liés aux troubles cognitifs ;
- Le maniement et la surveillance des traitements psychotropes instaurés chez les personnes âgées ;
- La création d'activités occupationnelles et thérapeutiques adaptées aux personnes âgées.

Concernant la prise des traitements médicamenteux, la mise en place d'une aide pluriquotidienne à la prise des traitements serait un idéal.

Aussi, l'existence systématique de réseaux d'aide à domicile en milieu carcéral afin de rendre disponibles les soins de nursing en cas de perte d'autonomie pourraient améliorer significativement les conditions d'incarcération et diminuer les risques d'atteinte à la dignité des personnes âgées incarcérées.

En cas d'impossibilité, la création de dispositifs de pair-aidance par d'autres personnes détenues formées et responsabilisées servirait un double objectif : d'une part d'accès aux soins de nursing et à une aide aux activités de la vie quotidienne pour les personnes âgées, et d'autre part des perspectives de réinsertion sociale, de travail et d'auto-réalisation pour les personnes pair-aidantes formées.

Ensuite, le développement d'une filière de soins visant au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des troubles cognitifs pourrait présenter un intérêt

majeur. Cela pourrait s'effectuer par l'intermédiaire :

- De la réalisation annuelle d'un test de screening cognitif global (MoCA ou MMSE) systématique après 50 ou 55 ans, par un médecin ou un infirmier ;
- En cas de résultat au test inférieur à 27/30, la réalisation rapide d'un bilan neuropsychologique associé à une imagerie cérébrale avec amélioration des possibilités d'accès à ces examens spécialisés. Il pourrait dans ce contexte être envisagé l'ouverture de créneaux de consultations et d'imagerie réservés aux personnes détenues.

Plus largement, sur ce dernier sujet, le développement de partenariats avec des réseaux spécialisés en médecine de la personne âgée tels que les équipes mobiles de gériatrie et/ou de psychogériatrie, les soins palliatifs, mais également avec les réseaux « mémoire » spécialisés (hôpitaux de jour, consultations en centre mémoire, etc.), pourrait apporter des éléments de soins spécifiques.

Enfin, avant même d'envisager un recours à un avis gériatrique spécialisé, une sensibilisation plus large en médecine de la personne âgée à destination des médecins d'USMP pourrait être bénéfique.

D'ailleurs, certaines évaluations gériatriques mériteraient d'être adaptées à l'univers carcéral. C'est notamment le cas de l'évaluation de l'autonomie, reposant le plus souvent en milieu libre sur la réalisation de l'échelle Activities Daily Living¹⁰ (ADL). Certains auteurs ont proposé une échelle adaptée au milieu carcéral : l'échelle Prison-ADL, impliquant comme activités le fait d'entendre les ordres, de glisser au sol lors

¹⁰ L'échelle ADL explore via six items (s'alimenter, réaliser sa toilette, s'habiller, réaliser ses transferts, être continent, utiliser les toilettes) le niveau d'indépendance fonctionnelle d'une personne.

d'alarmes, de rester debout pour le comptage, ou encore de monter ou descendre de la couchette supérieure (80). A notre connaissance, cette échelle n'a pas été traduite en français et nécessiterait éventuellement une adaptation de certains items au système carcéral français.

2. Deuxième axe : l'environnement et le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire pourrait également bénéficier de courtes formations sur la personne âgée incarcérée, notamment pour aider à distinguer ce qui relève de problèmes disciplinaires de ce qui relève de symptômes psychocomportementaux liés aux troubles cognitifs ou encore à la perte d'autonomie.

Une sensibilisation pourrait également être réalisée sur les troubles du comportement peu bruyants et n'attirant pas l'attention du personnel pénitentiaire, tel que l'apathie. Cela permettrait peut-être une orientation plus rapide vers les services sanitaires pour l'exploration et la prise en charge plus précoce de ce trouble.

Aussi, de nombreux éléments environnementaux mériteraient d'être améliorés afin de limiter les risques d'aggravation de troubles psychiques, physiques et cognitifs des personnes âgées en détention.

C'est par exemple le cas des cellules, dont le manque d'adaptation au handicap et à la perte d'autonomie a été de nombreuses fois pointé. Il pourrait être proposé une amélioration de l'éclairage, une mise à disposition systématique de donneurs de temps (calendriers, horloges), des rehausseurs de chaises, des espaces suffisants pour le passage de fauteuils roulants ou d'aides techniques à la marche, des rampes d'accès, absence de lits superposés, voire un encellulement individuel.

Au-delà des cellules, l'espace carcéral pourrait aussi bénéficier

d'améliorations : encore une fois sur l'éclairage qui doit être suffisant, mais aussi avec des indications écrites adaptées aux troubles de la vision, l'existence de marquage au sol indiquant la direction des différents services utiles à la personne détenue, l'absence d'escaliers, ou à nouveau la mise en place de rampes d'accès. La création d'un espace de déambulation accessible quotidiennement en toute sécurité permettrait également le maintien de la marche et donc de l'autonomie.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la création de quartiers spécifiques à l'accueil des personnes âgées ne fait pas consensus.

Si réunir toutes les personnes âgées au sein d'un même quartier peut être vécu comme stigmatisant, la création de quartiers dédiés à l'accueil des personnes présentant des troubles cognitifs modérés à sévères pourrait tout de même avoir un intérêt en permettant la mutualisation des moyens techniques et humains spécialisés à la prise en charge de ce type de troubles.

3. Troisième axe : projet de libération et travail partenarial

Pour terminer, la création de programmes orientés vers l'organisation du projet de libération des personnes âgées incarcérées serait intéressante, à l'image du programme POPS américain.

Cela impliquerait de nombreux acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'améliorer les conditions de libération de cette population. Plusieurs axes, indispensables au bon déroulement du projet de sortie d'une personne âgée détenue, pourraient ainsi être consolidés : relai systématique de la prise en charge via les dispositifs sectoriels psychiatriques du territoire concerné, partenariats avec les établissements médico-sociaux selon la situation de la personne détenue (Ehpad,

foyer-logements, résidence autonomie, logement locatif privé), suivi social systématique par le CLIC.

Il pourrait enfin être envisagé que l'élaboration de ce type de projet soit systématiquement débutée au moins un an avant la date effective de libération, ou dès que la question d'une demande d'aménagement de peine est évoquée, en impliquant à la fois le personnel des USMP, l'administration pénitentiaire et le SPIP.

Enfin, la question de la fin de vie mériterait d'être étudiée afin de déterminer l'ampleur de ce phénomène au sein des prisons françaises, pour ensuite éventuellement mettre en place des programmes de soins palliatifs spécifiques en milieu carcéral.

V. Conclusion

Dans les années à venir, le milieu carcéral sera de plus en plus confronté au vieillissement de sa population. Minorité pourtant plus importante en effectif que celle des femmes incarcérées, les personnes âgées détenues représentent en France comme dans le reste du monde un défi encore trop invisible pour le système carcéral.

Face à cette population grandissante et à ses besoins sanitaires accrus du fait de vulnérabilités multiples, ce travail propose d'apprécier les soins psychiatriques proposés à cette population. Il met en évidence de nombreux écarts entre les besoins de soins psychiques des personnes âgées et l'offre de soins disponible en milieu carcéral. En effet, ceux-ci souffrent d'un manque d'individualisation et d'adaptation des prises en charge pourtant nécessaires à cette population souvent fragile et aux besoins très spécifiques.

Par ses vulnérabilités et ses besoins accrus liés au vieillissement et à la condition pénale, la personne âgée détenue souffrant de troubles psychiques et/ou cognitifs condense en réalité toutes les difficultés liées au monde pénitentiaire actuel.

Manque de moyens humains et institutionnels, carence de formation en médecine de la personne âgée, inadaptation environnementale des établissements pénitentiaires au handicap, absence de partenariats médico-sociaux pouvant garantir des conditions de libération ou d'aménagement de peine efficaces et sûres : nombreux sont les maillons de la chaîne à représenter un risque pour l'intégrité, la dignité, et la protection des personnes âgées déjà marquées par la double stigmatisation liée au motif d'incarcération et à la souffrance psychique.

Pour autant, des initiatives naissent à chaque coin du globe pour améliorer la prise en charge de cette frange de la population carcérale : prises en charge spécialisées en médecine de la personne âgée, quartiers spécialisés pour l'encellulement des personnes âgées, programmes spécifiques multidisciplinaires dédiés au projet de libération, etc.

Toutefois, si certains de ces projets se sont soldés par un échec, force est de constater qu'il existe aujourd'hui une nouvelle dynamique visant à améliorer les conditions d'accueil et de soins des personnes âgées incarcérées.

Ainsi, il est probable que le paysage carcéral se modifie dans les décennies à venir. La vieillesse écrouée nécessitera des adaptations importantes du système pénitentiaire et sanitaire, et qui d'ailleurs pourraient bien refléter la façon dont la société considère ses sujets vieillissants.

REFERENCES

1. Beard J, Officer A, Cassels A, Bustreo F, Worning AM, Asamoah-Baah A. OMS | Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. Genève; 2016 [cité 16 août 2020] p. 296. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(5):12.
3. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. 383 p. (Les référentiels des Collèges).
4. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
5. Article Annexe 2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
7. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
8. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Elsevier/Masson. 2016. 520 p.

9. Ganguli M, Jia Y, Hughes TF, Snitz BE, Chang C-CH, Berman SB, et al. Mild Cognitive Impairment that Does Not Progress to Dementia: A Population-Based Study. *JAGS*. 2018;7.
10. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. nov 2014;172(9):781-4.
11. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. 2018 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
12. Marc A. Administration pénitentiaire [Internet]. Paris: Sénat; 2018 nov p. 67. Report No.: 153. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a18-153-7/a18-153-71.pdf>
13. Michel J-P. Projet de loi relatif à la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines : Rapport [Internet]. Paris: Sénat; 2014 juin p. 385. Report No.: 641. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l13-641-1/l13-641-11.pdf>
14. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique - Relatif aux aménagements de peines et à la mise en liberté pour raison médicale [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bo/2018/20180831/JUSK1821900J.pdf>
15. Bouvier J-C. Sortir de prison pour raison médicale : du droit au fait. *Délibérée*. 2017;1(1):53-8.
16. Statistiques annuelles de milieu ouvert [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/statistiques-annuelles-de-milieu-ouvert-33403.html>
17. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des

- baby-boomers [Internet]. Paris: Insee; 2019 p. 292. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#consulter>
18. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*. 2008;31 / 126(3):91-103.
19. Escalon S, Vigouroux P, Machu A-N, Roucher D. Atelier 10 - Hôpital et personne âgée [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 p. 32. (Grand âge et autonomie). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
20. Service-Public.fr. Allocations et aides aux personnes âgées [Internet]. Administration Française; 2020. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>
21. Touraut C, Désesquelles A. La prison face au vieillissement. Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés ». Institut National d'Etudes Démographiques; 2015 mai p. 12.
22. Higgins D, Severson ME. Community Reentry and Older Adult Offenders: Redefining Social Work Roles. *Journal of Gerontological Social Work*. 20 oct 2009;52(8):784-802.
23. Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Di Fiorino M. Old and dangerous: Prison and dementia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. oct 2017;51:40-4.
24. Kerbs JJ, Jolley JM. A commentary on age segregation for older prisoners. *Criminal Justice Review*. mars 2009;34(1):21.
25. 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.

26. Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. The health and social needs of older male prisoners: Needs of older prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry*. nov 2012;27(11):1155-62.
27. Kakoullis A, Le Mesurier N, Kingston P. The mental health of older prisoners. *Int Psychogeriatr*. août 2010;22(5):693-701.
28. Wangmo T, Meyer AH, Bretschneider W, Handtke V, Kressig RW, Gravier B, et al. Ageing Prisoners' Disease Burden: Is Being Old a Better Predictor than Time Served in Prison? *Gerontology*. 2014;8.
29. Arndt S, Turvey CL, Flaum M. Older Offenders, Substance Abuse, and Treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. nov 2002;10(6):733-9.
30. Mitka M. Aging prisoners stressing health care system. *JAMA*. 28 juill 2004;292(4):424.
31. Skarupski KA, Gross A, Schrack JA, Deal JA, Eber GB. The Health of America's Aging Prison Population. *Epidemiol Rev*. 1 juin 2018;40(1):157-65.
32. Gallagher EM. Elders in prison: health and well-being of older inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*. mars 2001;24(2-3):325-33.
33. Williams B, Abrales R. Growing Older: Challenges of Prison and Reentry for the Aging Population. In: Greifinger RB, éditeur. *Public Health Behind Bars [Internet]*. New York, NY: Springer New York; 2007 [cité 13 avr 2021]. p. 56-72. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-71695-4_5
34. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine*. févr 2002;32(2):219-26.
35. Baidawi S. Older prisoners: psychological distress and associations with mental

health history, cognitive functioning, socio-demographic, and criminal justice factors. *Int Psychogeriatr.* mars 2016;28(3):385-95.

36. Tomar R, Treasaden IH, Shah AK. Is there a case for a specialist forensic psychiatry service for the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;6.

37. Nnatu IO, Mahomed F, Dch M, Shah A. Is There a Need for Elderly Forensic Psychiatric Services? *Medicine, Science and the Law.* 2005;45(2):7.

38. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* oct 2002;17(10):907-13.

39. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies.* févr 2004;41(2):119-28.

40. Visher CA, Travis J. Transitions from Prison to Community: Understanding Individual Pathways. *Annual Review of Sociology.* 2003;29(1):89-113.

41. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique - Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=42889>

42. Yates J, Gillespie W. The Elderly and Prison Policy. *Journal of Aging & Social Policy.* 11 sept 2000;11(2-3):167-75.

43. Dawes J. Ageing Prisoners: Issues for Social Work. *Australian Social Work.* juin 2009;62(2):258-71.

44. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. [Psychiatry in elderly prisoners]. *Encephale.* avr 2016;42(2):177-82.

45. du Toit SHJ, Withall A, O'Loughlin K, Ninaus N, Lovarini M, Snoyman P, et al. Best care options for older prisoners with dementia: a scoping review. *International*

Psychogeriatrics. août 2019;31(08):1081-97.

46. Brooke J, Diaz-Gil A, Jackson D. The impact of dementia in the prison setting: A systematic review. *Dementia*. juill 2020;19(5):1509-31.

47. Tarbuck A. Health of elderly prisoners. *Age Ageing*. sept 2001;30(5):369-70.

48. Thivierge-Rikard RV, Thompson MS. The Association Between Aging Inmate Housing Management Models and Non-Geriatric Health Services in State Correctional Institutions. *SOCIAL POLICY*. :19.

49. Maschi T, Kwak J, Ko E, Morrissey MB. Forget Me Not: Dementia in Prison. *The Gerontologist*. 2012;52(4):11.

50. Iftene A. Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data: Rates and potential legal responses. *International Journal of Law and Psychiatry*. juill 2016;47:36-44.

51. Dewa LH, Hassan L, Shaw JJ, Senior J. Insomnia management in prisons in England and Wales: a mixed-methods study. *J Sleep Res*. juin 2017;26(3):322-9.

52. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. sept 2001;9(4):361-81.

53. Cacioppo JT, Hawkey LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*. oct 2009;13(10):447-54.

54. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.

55. Di Lorito C, Völlm B, Dening T. Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the community. *Aging & Mental Health*. 2 janv 2018;22(1):1-10.

56. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6.
57. Moschetti K. Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. 2015;11.
58. Kopp-Bigault C, Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement. *L'Encéphale* [Internet]. 23 nov 2018 [cité 30 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700618302057>
59. Waern M. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*. 8 juin 2002;324(7350):1355-1355.
60. Suominen K, Isometsä E, Lönnqvist J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. janv 2004;19(1):35-40.
61. Kingston P, Le Mesurier N, Yorston G, Wardle S, Heath L. Psychiatric morbidity in older prisoners: unrecognized and undertreated. *Int Psychogeriatr*. oct 2011;23(8):1354-60.
62. Fazel S. Unmet treatment needs of older prisoners: a primary care survey. *Age and Ageing*. 13 avr 2004;33(4):396-8.
63. Combalbert N, Ferrand C, Pennequin V, Keita M, Geffray B. Mental disorders, perceived health and quality of life of older prisoners in France. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2017;15(1):99-108.
64. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *British Journal of Psychiatry*. déc 2001;179(6):535-9.
65. Fazel S. Health of elderly male prisoners: worse than the general population,

- worse than younger prisoners. *Age and Ageing*. 1 sept 2001;30(5):403-7.
66. Koenig H. Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility. *PS*. avr 1995;46(4):399-401.
67. Murdoch N, Morris P, Holmes C. Depression in elderly life sentence prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;6.
68. Davoren M, Fitzpatrick M, Caddow F, Caddow M, O'Neill C, O'Neill H, et al. Older men and older women remand prisoners: mental illness, physical illness, offending patterns and needs. *Int Psychogeriatr*. mai 2015;27(5):747-55.
69. Wangmo T, Meyer AH, Handtke V, Bretschneider W, Page J, Sommer J, et al. Aging Prisoners in Switzerland: An analysis of Their Health Care Utilization. *J Aging Health*. avr 2016;28(3):481-502.
70. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies*. janv 1988;10(2):61-3.
71. Mara CM. Expansion of Long-Term Care in the Prison System: An Aging Inmate Population Poses Policy and Programmatic Questions. *Journal of Aging & Social Policy*. 4 déc 2002;14(2):43-61.
72. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*. 1999;28(21):8.
73. Combalbert N, Pennequin V, Ferrand C, Armand M, Anselme M, Geffray B. Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. *Crim Behav Ment Health*. févr 2018;28(1):36-49.
74. Combalbert N, Pennequin V. L'effet de l'âge et de la durée d'incarcération sur la santé mentale des détenus âgés. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2020;178(3):264-70.

75. Forsyth K, Heathcote L, Senior J, Malik B, Meacock R, Perryman K, et al. Dementia and mild cognitive impairment in prisoners aged over 50 years in England and Wales: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*. juin 2020;8(27):1-116.
76. Bchir S, Daoussi N, Kacemi M, Mahmoud I, Aissi M, Frih-Ayed M. Étude comparative du MoCA et du MMSE dans la détection des troubles neurocognitifs vasculaires. *Revue Neurologique*. avr 2018;174:S35-6.
77. Chase A. Criminality can be an early sign of frontotemporal dementia. *Nat Rev Neurol*. févr 2015;11(2):67-67.
78. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Carlesi C, Nuti A. Violent and criminal manifestations in dementia patients: Violence and dementia. *Geriatrics & Gerontology International*. mai 2016;16(5):541-9.
79. Statistiques de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-33736.html>
80. 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: FUNCTIONAL IMPAIRMENT OF OLDER FEMALE PRISONERS. *Journal of the American Geriatrics Society*. avr 2006;54(4):702-7.
81. Baidawi S, Trotter C. Psychological Distress Among Older Prisoners: Associations With Health, Health Care Utilization, and the Prison Environment. *J Correct Health Care*. oct 2016;22(4):354-66.
82. Handtke V, Bretschneider W, Elger B, Wangmo T. Easily forgotten: Elderly female prisoners. *Journal of Aging Studies*. janv 2015;32:1-11.

83. Reviere R, Young VD. Aging Behind Bars: Health Care for Older Female Inmates. *Journal of Women & Aging*. 22 avr 2004;16(1-2):55-69.
84. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie [Internet]. 2007. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methode_psy_actu.pdf
85. Uzoaba JHE. Managing Older Offenders: Where Do We Stand? Canada : Correctionnal Services of Canada. 1998;108.
86. Delarue J-M. Continuité et discontinuité de la condition pénitentiaire. *Revue du MAUSS*. 2012;40(2):73-102.
87. Lacambre M, Courtet P. Violence et Prison. *La lettre du Psychiatre*. sept 2012;VIII(5):4.
88. COMEDIMS AP-HP. Recommandations de bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://ageps.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/68/files/2012/12/Recommandations-de-bonnes-pratiques-prescription-chez-le-sujet-âgé-2014-COMEDIMS-AP-HP-bonnes.pdf>
89. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. *EMC - Psychiatrie*. janv 2011;8(2):1-13.
90. OMéDIT. Prescription médicamenteuse chez la personne âgée [Internet]. Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire; 2016. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Prescription%20médicamenteuse%20chez%20la%20personne%20âgée_0.pdf
91. CNUP, AESP. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. [Internet]. Presses Universitaires François-Rabelais; 2021. (L'Officiel ECNi). Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2021/01/ECN-PSY-2021.pdf>
92. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les

- personnes âgées. [Internet]. Paris; 2012 p. 5. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/qr_ameliorer_prescip_psychotropes_personne_agee.pdf
93. Clément J-P. Questionnements sur la dépression chez le sujet âgé. *L'Encéphale*. sept 2009;35(4):H31-3.
94. Shah A. An Audit of a Specialist Old Age Psychiatry Liaison Service to a Medium and a High Secure Forensic Psychiatry Unit. *Med Sci Law*. avr 2006;46(2):99-104.
95. CGLPL. Rapport de visite : Unité hospitalière spécialement aménagée de Seclin (Nord). [Internet]. 2016 p. 1-31. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-de-la-deuxieme-visite-de-lunite-hospitaliere-specialement-amenee-UHSA-de-Seclin-Nord.pdf>
96. Delbos V, Emmanuelli J, Danel A, Schechter F, Durand-Mouysset S. Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues [Internet]. Paris: Inspection générale de la Justice ; Inspection générale des Affaires Sociales; 2018. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_UHSA_20190107.pdf
97. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2015;15(89):256-61.
98. Patterson K, Newman C, Doona K. Improving the care of older persons in Australian prisons using the Policy Delphi method. *Dementia*. sept 2016;15(5):1219-33.
99. Lecerf J-R. Projet de loi pénitentiaire [Internet]. Paris: Sénat; 2008. Report No.: 143. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l08-143/l08-143.html>
100. Deaton D, Aday RH, Wahidin A. The Effect of Health and Penal Harm on Aging

- Female Prisoners' Views of Dying in Prison. *Omega (Westport)*. févr 2010;60(1):51-70.
101. Hanson A. Psychiatry and the dying prisoner. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(1):45-50.
102. Combalbert N, Rambourg C. The Management of Elderly Prisoners in France. *The Prison Journal*. nov 2019;99(5):559-71.
103. Williams BA, Lindquist K, Hill T, Baillargeon J, Mellow J, Greifinger R, et al. Caregiving Behind Bars: Correctional Officer Reports of Disability in Geriatric Prisoners: OFFICERS AND GERIATRIC PRISONER DISABILITY. *Journal of the American Geriatrics Society*. juill 2009;57(7):1286-92.
104. Bureau de la donnée, Administration pénitentiaire. Statistique trimestrielle des personnes écrouées en France [Internet]. France: Ministère de la Justice; 2021. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trim_2104.pdf
105. Crawley E, Sparks R. Hidden Injuries? Researching the Experiences of Older Men in English Prisons. 2005;12.
106. Stojkovic S. Elderly Prisoners: A Growing and Forgotten Group Within Correctional Systems Vulnerable to Elder Abuse. :22.
107. Chow RK. Initiating a long-term care nursing service for aging inmates. *Geriatr Nurs*. févr 2002;23(1):24-7.
108. Comité Consultatif National d'Éthique. La santé et la médecine en prison [Internet]. Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe; 2006. Report No.: 94. Disponible sur: <http://prison.eu.org/4-problemes-ethiques-majeurs>
109. CGLPL. Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires [Internet]. Paris: Journal Officiel de la République

Française; 218apr. J.-C. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/11/joe_20181122_0270_0107.pdf

110. Stewart W. What Does the Implementation of Peer Care Training in a U.K. Prison Reveal About Prisoner Engagement in Peer Caregiving?: *Journal of Forensic Nursing*. 2018;14(1):18-26.

111. Cloyes KG, Rosenkranz SJ, Wold D, Berry PH, Supiano KP. To be truly alive: motivation among prison inmate hospice volunteers and the transformative process of end-of-life peer care service. *Am J Hosp Palliat Care*. nov 2014;31(7):735-48.

112. South J, Bagnall A-M, Hulme C, Woodall J, Longo R, Dixey R, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer-based interventions to maintain and improve offender health in prison settings [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 [cité 8 déc 2020]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK260146/>

113. Bagnall A-M, South J, Hulme C, Woodall J, Vinall-Collier K, Raine G, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*. déc 2015;15(1):290.

114. Stewart W, Edmond N. Prisoner peer caregiving: a literature review. *Nursing Standard*. 5 avr 2017;31(32):44-51.

115. Crétenot M. L'isolement au minimum absolu. *Observatoire International des Prisons - section française*. 2011.

116. CGLPL. Recommandations en urgence relatives au centre de détention de Bédénac (Charente-Maritime) [Internet]. France: Journal Officiel de la République Française; 2021. Disponible sur: https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/05/joe_20210518_0114_0047.pdf

117. Fazel S. Dementia in prison: ethical and legal implications. *Journal of Medical*

Ethics. 1 juin 2002;28(3):156-9.

118. Bès F. La pénurie d'experts psychiatriques compromet gravement l'accès aux aménagements de peine. Observatoire International des Prisons [Internet]. déc 2020; Disponible sur: <https://oip.org/analyse/la-penurie-dexperts-psychiatriques-compromet-gravement-lacces-aux-amenagements-de-peine/>

119. Braun HI, Jackson DN, Wiley DE, éditeurs. Socially Desirable Responding: The Evolution of a Construct. In: The Role of Constructs in Psychological and Educational Measurement [Internet]. 0 éd. Routledge; 2001 [cité 25 juill 2021]. p. 61-84. Disponible sur:

<https://www.taylorfrancis.com/books/9781135649906/chapters/10.4324/9781410607454-10>

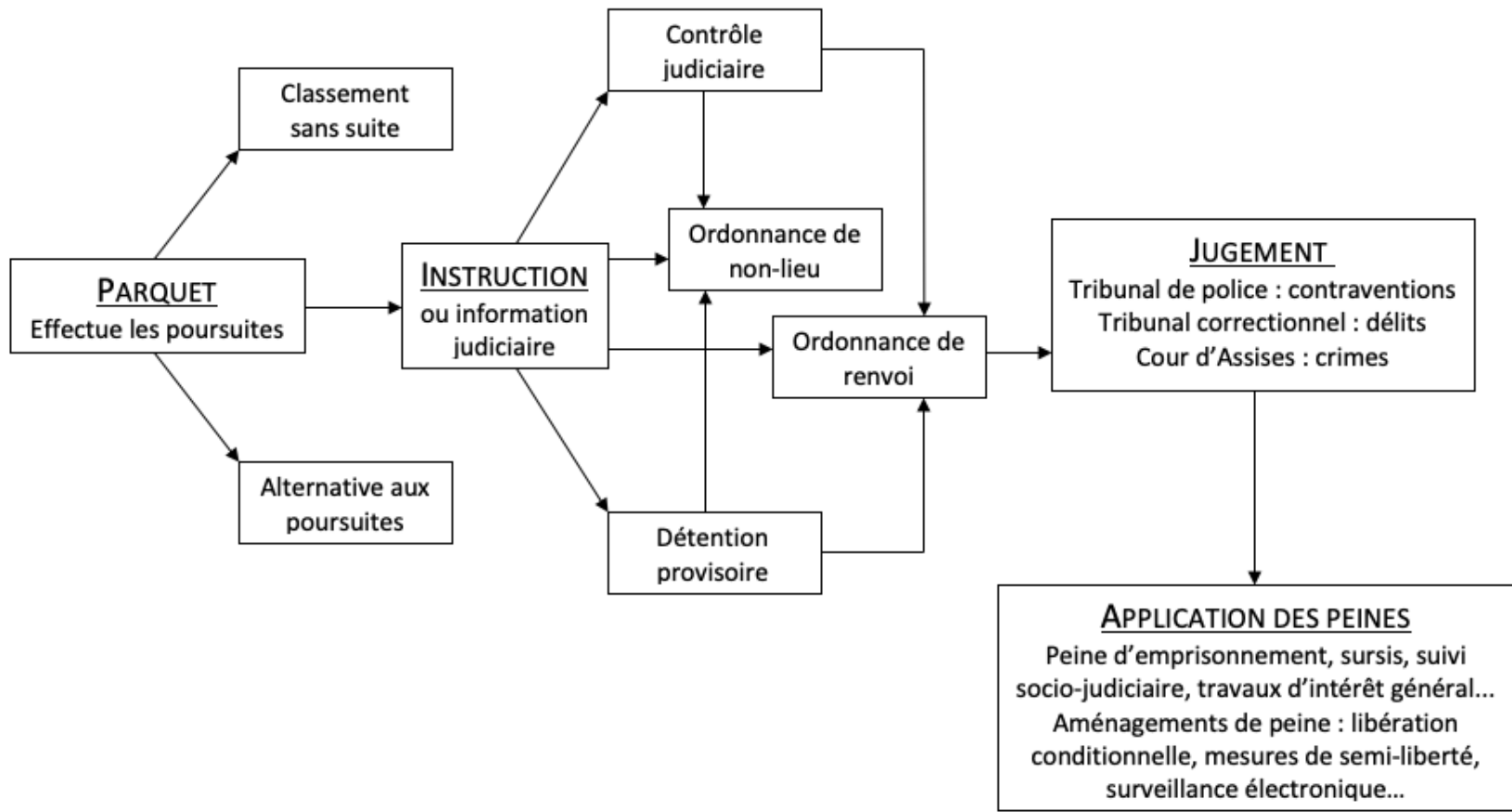
ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE NATIONALE AGGIR

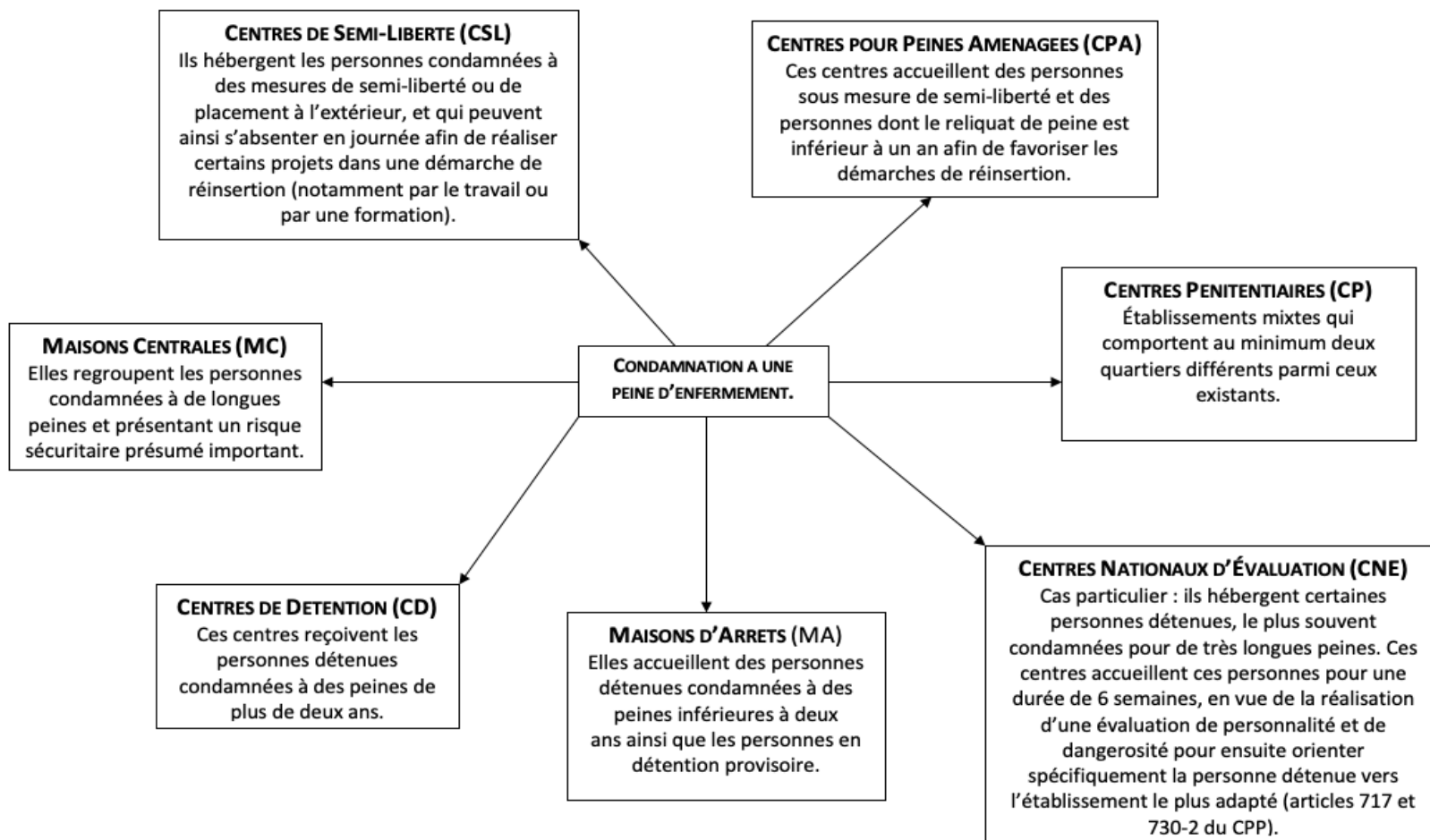
VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas

ANNEXE II : ORGANISATION JUDICIAIRE REPRESSIVE : DEROULEMENT CLASSIQUE DU PROCES PENAL POUR LES PERSONNES MAJEURES



ANNEXE III : ÉTABLISSEMENTS PENITENTIAIRES EN FRANCE POUR L'ACCUEIL DES PERSONNES MAJEURES INCARCEREES



ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS TRAVAILLANT EN USMP**I – DEMOGRAPHIE MEDICALE**

1/ Quel âge avez-vous ? :

- 25-35 ans,
- 36-45 ans,
- 46-55 ans,
- > 55 ans

2/ Quel est votre genre ?

- Féminin
- Masculin
- Autre

3/ Dans quel établissement pénitentiaire travaillez-vous ?

- Amiens
- Annœullin
- Arras
- Bapaume
- Beauvais
- Béthune
- Château-Thierry
- Douai
- Dunkerque
- Laon
- Liancourt
- Longuenesse
- Maubeuge
- Sequedin
- Valenciennes
- Vendin-le-Vieil

4/ Combien de demi-journées par semaine travaillez-vous dans cet établissement pénitentiaire ? *Réponse libre*

5/ Si vous n'exercez pas à temps plein au sein de cet établissement pénitentiaire, dans quel autre type de structure travaillez-vous ? *Réponse libre facultative*

6/ Quelle est votre spécialité médicale ?

- Médecine générale

- Psychiatrie
- Autres : préciser

7/ Avez-vous réalisé au cours de votre internat un ou plusieurs semestre(s)/stage(s) en milieu gériatrique, psychiatrie de la personne âgée, ou psychogériatrique ?

- Oui
- Non

7a) Si oui : précisez quel(le) unité(s)/terrain(s) de stage/spécialité(s) : *Réponse libre facultative*

8/ Avez-vous travaillé, suite à votre internat, en milieu gériatrique, psychiatrie de la personne âgée, ou psychogériatrique ?

- Oui
- Non

9/ Avez-vous déjà réalisé un travail universitaire (thèse, mémoire, publication d'article, etc.) dans le domaine de la gériatrie, psychogériatrie ou psychiatrie de la personne âgée ?

- Oui
- Non

10/ Avez-vous déjà réalisé une formation complémentaire dans le domaine de la gériatrie, de la psychogériatrie ou psychiatrie de la personne âgée (équivalents AEUC, DU, DIU, etc.) ?

- Oui
- Non

10a) Si oui, préciser quelle formation : *Réponse libre facultative*

11/ Avez-vous déjà réalisé une formation complémentaire concernant les troubles neurocognitifs, les maladies d'Alzheimer et apparentées ?

- Oui
- Non

11a) Si oui, préciser quelle(s) formation(s) : *Réponse libre facultative*

12/ Sur une **échelle de 1 à 10 (1 : aucune ; 10 : excellente)**, à combien estimez-vous vos propres compétences dans le domaine de la gériatrie ?

13/ Sur une **échelle de 1 à 10 (1 : aucune ; 10 : excellente)**, à combien estimez-vous vos propres compétences en psychiatrie de la personne âgée ?

14/ Sur une **échelle de 1 à 10 (1 : aucune ; 10 : excellente)**, à combien estimez-vous vos propres compétences dans le domaine des troubles neurocognitifs ?

COMMENTAIRE

LIBRE

Merci d'utiliser cet espace si vous souhaitez apporter des précisions complémentaires concernant votre formation ou l'estimation de vos compétences.

II – PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES INCARCEREES

15/ De manière générale, à partir de quel âge estimez-vous une personne détenue comme « âgée » (*c'est-à-dire présentant des signes de vieillissement normal ou pathologique, ou pouvant relever de soins gériatriques spécifiques, ou présentant au moins un syndrome gériatrique tel que perte d'autonomie/déficience sensorielle/troubles de la marche/chutes à répétition/incontinence/autre, ou présentant des critères de fragilité gériatrique*) (choix unique) ?

- 45 ans ou moins
- 50 ans
- 55 ans
- 60 ans
- 65 ans
- 70 ans
- 75 ans ou plus

16/ Considérez-vous que le fait d'être incarcéré puisse influencer le seuil d'âge à partir duquel une personne est considérée comme âgée ?

- Oui
- Non

17/ Selon vous, depuis environ 10 ans, la proportion des sujets âgés au sein de la population carcérale totale :

- Augmente
- Diminue
- Reste stable

18/ Selon votre expérience, parmi les personnes âgées écrouées, quelle est la fréquence des troubles psychiatriques ?

- Moins de 10%
- Entre 11% et 30%
- Entre 31% et 50%
- Entre 51% et 70%
- Plus de 70%

19/ Selon votre expérience, parmi les personnes âgées écrouées, quelle est la fréquence des troubles neurocognitifs ?

- Moins de 10%
- Entre 11% et 30%
- Entre 31% et 50%
- Entre 51% et 70%

- Plus de 70%

20/ Selon vous, la prévalence des troubles psychiques chez les personnes âgées incarcérées est :

- Inférieure à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes
 Supérieure à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes
 Globalement égale à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes

21/ Selon vous, la prévalence des troubles neurocognitifs chez les personnes âgées incarcérées est :

- Inférieure à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes
 Supérieure à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes
 Globalement égale à la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues jeunes

III – PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES PERSONNES AGEES INCARCEREES

22/ Avez-vous tendance, face à une personne âgée, à modifier vos habitudes de prescription de psychotropes **par rapport aux patients plus jeunes** ?

- Oui
 Non

22a) Si oui à la question 22, veuillez cocher quelles sont vos habitudes de prescription chez le sujet âgé, par rapport aux patients plus jeunes : *Réponse libre facultative*

Classe de psychotropes	Moins prescrits	Davantage prescrits	Non prescrits	Surveillance renforcée
Antipsychotiques atypiques (<i>Quétiapine, Clozapine, Olanzapine, Risperidone, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsychotiques typiques (<i>Chlorpromazine, Haloperidol, Cyamémazine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type ISRS, IRSNa (<i>Sertraline, Escitalopram, Paroxétine, Venlafaxine, Fluoxétine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type tricycliques, IMAO (<i>Clomipramine, Amitriptyline, Iproniazide, Moclobélide, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type autres (<i>Mirtazapine, Mianserine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thymorégulateurs type sels de <i>Lithium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thymorégulateurs type anticonvulsivants (<i>Valproate, Carbamazépine, Lamotrigine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytiques type benzodiazépines (<i>Lorazépam, Oxazépam, Diazépam, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytiques type antihistaminiques (<i>Hydroxyzine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotiques type apparentés benzodiazépines, ou autres (<i>Zopiclone, Zolpidem, Lormétazépam, Alimémazine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotique chronobiologique type <i>Mélatonine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22b) Si oui à la question 22, veuillez cocher quelles sont vos habitudes d'adaptation de posologie chez le sujet âgé, par rapport aux patients plus jeunes : *Réponse libre facultative*

Classe de psychotropes	Posologie initiale plus faible	Posologie initiale plus élevée	Posologie d'entretien plus faible	Posologie d'entretien plus élevée	Vitesse d'augmentation des posologies différente	Aucune différence
Antipsychotiques atypiques (<i>Quétiapine, Clozapine, Olanzapine, Risperidone, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antipsychotiques typiques (<i>Chlorpromazine, Haloperidol, Cyamémazine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type ISRS, IRSNa (<i>Sertraline, Escitalopram, Paroxétine, Venlafaxine, Fluoxétine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type tricycliques, IMAO (<i>Clomipramine, Amitriptyline, Iproniazide, Moclobélide, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs type autres (<i>Mirtazapine, Mianserine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thymorégulateurs type sels de <i>Lithium</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thymorégulateurs type anticonvulsivants (<i>Valproate, Carbamazépine, Lamotrigine, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytiques type benzodiazépines (<i>Lorazépam, Oxazépam, Diazépam, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytiques type antihistaminiques (<i>Hydroxyzine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotiques type apparentés benzodiazépines, ou autres (<i>Zopiclone, Zolpidem, Lormétazépam, Alimémazine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotique chronobiologique type <i>Mélatonine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23/ Concernant les bilans pré-thérapeutiques, avant instauration d'un traitement psychotrope chez un patient âgé :

- Vous ne prescrivez pas de bilan thérapeutique
- Vous prescrivez un bilan pré-thérapeutique similaire à celui réalisé chez un patient plus jeune pour qui ce traitement serait indiqué
- Vous prescrivez un bilan pré-thérapeutique différent de celui réalisé chez un patient plus jeune pour qui ce traitement serait indiqué

24/ Concernant les associations de psychotropes, dans le cadre de la prise en charge d'une personne âgée détenue :

- Vous favorisez les associations de psychotropes
- Vous évitez les associations de psychotropes
- Vos pratiques de prescription d'associations de psychotropes ne se modifient pas selon l'âge du patient

25/ Une aide à la prise des traitements médicamenteux est-elle mise en place pour cette population au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel vous travaillez ?

- Oui
- Non

26/ Concernant la prise en charge sanitaire globale des personnes âgées, au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel vous travaillez, existe-t-il (plusieurs réponses possibles ; si « Autre », veuillez préciser) :

- Des groupes d'activités thérapeutiques spécifiquement dédiés aux personnes âgées présentant des troubles psychiques et/ou des troubles du comportement en lien avec des troubles neurocognitifs connus ou suspectés
- Une filière de soins spécifiques dédiée aux personnes âgées présentant des troubles psychiques et/ou des troubles du comportement en lien avec des troubles neurocognitifs connus ou suspectés (consultations spécialisées en psychiatrie de la personne âgée en milieu carcéral, lits d'hospitalisation de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie carcérale...)
- Un accès à une activité physique adaptée
- Pas de prise en charge spécifique au sein de l'établissement
- Autre : précisez

27/ Réalisez-vous des évaluations cognitives chez les patients âgés que vous suivez en détention ? Si non : passez directement à la question 28.

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non

27a) Si vous réalisez des évaluations cognitives chez les patients âgés que vous suivez, les réalisez-vous :

- Systématiquement en début de prise en charge
- Systématiquement en cours de prise en charge
- En cas de point d'appel clinique

27b) Si vous réalisez des évaluations cognitives chez les patients âgés que vous suivez, quel type de screening et/ou quel type de bilan réalisez-vous ?
Réponse libre facultative

27c) Si vous réalisez des évaluations cognitives chez les patients âgés que vous suivez, et en cas de résultat pathologique, demandez-vous une imagerie cérébrale par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ?

- Oui
- Non

27d) Si vous réalisez des évaluations cognitives chez les patients âgés que vous suivez, et en cas de résultat pathologique, quels autre(s) examen(s) qu'une IRM demandez-vous ? *Réponse libre facultative*

28/ Considérez-vous avoir facilement accès à l'imagerie morphologique ou fonctionnelle cérébrale (scanner cérébral, IRM cérébrale, TEP-FDG cérébrale ou DAT-Scan) dans le cadre de ces prises en charge ?

- Oui
- Non

29/ Réalisez-vous (ou demandez-vous) une évaluation spécifique (autonomie, risque de chute, état nutritionnel, troubles sensoriels, etc.) pour les patients âgés présentant des troubles psychiques et/ou cognitifs que vous suivez en détention ?

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non

29a) Si oui à la question précédente, les réalisez-vous (*choix multiple*) :

- Systématiquement en début de prise en charge
- Systématiquement en cours de prise en charge
- En cas de point d'appel clinique
- Autre : précisez

30/ Sollicitez-vous l'avis de médecins d'autres spécialités (psychogériatre, neurologue, gériatre, etc.) au cours de la prise en charge d'une personne âgée présentant des troubles psychiques et/ou cognitifs ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

31/ Une intervention d'Équipe Mobile de Gériatrie est-elle possible au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel vous travaillez ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32/ Pour ces patients, considérez-vous avoir facilement accès aux Hôpitaux de Jour et Consultation Mémoire ?

- Oui
- Non

33/ Lorsqu'une personne âgée incarcérée présentant des troubles psychiatriques et/ou des troubles du comportement en lien avec un trouble neurocognitif nécessite une hospitalisation pour évaluation ou prise en charge plus spécifique, vers quel(s) type(s) de structure(s) l'orientez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Hôpital de jour psychiatrique

- Hôpital de jour neurologique
- Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)
- Secteur de Psychiatrie
- Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)
- Unité de Gériatrie
- Unité de Neurologie

34/ Considérez-vous avoir facilement accès à ces lits d'hospitalisations concernant vos patients âgés ?

- Oui
- Non

35/ Y a-t-il déjà eu, au sein de votre établissement, des formations spécifiques dédiées au personnel paramédical concernant la gestion du quotidien (sensibilisation aux incapacités fonctionnelles, aux déficits sensoriels, aux troubles du jugement, etc.) chez les personnes âgées détenues présentant des troubles psychiques et/ ou comportementaux en lien avec des troubles neurocognitifs ?

- Oui
- Non

COMMENTAIRE LIBRE

Merci d'utiliser cet espace si vous souhaitez apporter des précisions complémentaires concernant votre pratique de soins auprès des personnes âgées écrouées.

IV – VIE QUOTIDIENNE EN MILIEU CARCERAL

36/ Existe-t-il des aménagements spécifiquement destinés aux personnes âgées au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel vous travaillez ?

- Oui
- Non

36a) Si oui, précisez quel type d'aménagement :

- Quartier spécifique pour l'accueil des personnes détenues âgées
- Aménagement de certaines cellules (exemple : barres d'appui, renforcement d'éclairage, sol non glissant, rehaussement des WC, lit médicalisé, etc.)
- Installation des personnes âgées écrouées proches de l'USMP, du lieu de promenade, et autres lieux souvent fréquentés par les personnes détenues afin de réduire le périmètre de marche
- Régime alimentaire adapté selon situation médicale
- Pair-aidance
- Autre : préciser

37/ Le personnel pénitentiaire est-il selon vous sensibilisé aux problématiques psychiques ou neurocognitives pouvant survenir chez les personnes âgées détenues ?

- Oui
- Non

38/ Y a-t-il déjà eu, au sein de votre établissement, des formations spécifiques dédiées au personnel pénitentiaire concernant la gestion du quotidien (sensibilisation aux incapacités fonctionnelles, aux déficits sensoriels, aux troubles du jugement, etc.) chez les personnes âgées détenues présentant des troubles psychiques et/ou comportementaux en lien avec des troubles neurocognitifs ?

- Oui
- Non

COMMENTAIRE LIBRE

Merci d'utiliser cet espace si vous souhaitez apporter des précisions complémentaires concernant la vie quotidienne et les adaptations de l'environnement carcéral.

V – DEVENIR APRES L'INCARCERATION

39/ Avez-vous déjà demandé une mesure de suspension de peine pour raison médicale pour un patient âgé en raison des troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs qu'il présentait ?

- Oui
- Non

39a) Avez-vous obtenu ce type de mesure pour le/les patients concernés ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

40/ Travaillez-vous en amont le projet de libération des personnes détenues âgées avec d'autres acteurs de la prise en charge (champ pénitentiaire, médico-social ou social) ?

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non

40a) Si oui à la question précédente, précisez quel(s) autre(s) professionnel(s) :
Réponse libre facultative

41/ Avez-vous connaissance des réseaux de gérontologie en milieu libre/ouvert ?

- Oui
- Non

41a) Si oui à la question précédente, lesquels ? *Réponse libre facultative*

42/ Sur une **échelle de 1 à 10 (1 très facile ; 10 très difficile)** à combien estimez-vous la difficulté à établir le projet de soin et le projet social des personnes âgées présentant des troubles psychiques à la sortie d'incarcération ?

COMMENTAIRE LIBRE

Merci d'utiliser cet espace si vous souhaitez apporter des précisions complémentaires concernant le devenir des personnes âgées après leur libération

**ANNEXE V : EFFECTIFS ET PROPORTIONS DES PERSONNES DE 55 ANS OU PLUS EN
POPULATION CARCERALE**

Tableau 1a. Évolution de la population carcérale entre 2016 et 2020 selon la catégorie d'âge, France entière et DISP de Lille			
		≥ 55 ans	Tout âge
		n (%)	n
2016	Lille	419 (6.4)	6502
	France	4480 (6.7)	66676
2017	Lille	427 (6.5)	6578
	France	4565 (6.7)	68433
2018	Lille	475 (6.8)	6973
	France	4732 (6.8)	68975
2019	Lille	485 (6.8)	7149
	France	4917 (7.0)	70060
2020	Lille	497 (6.9)	7241
	France	5142 (7.3)	70739
Évolution entre 2016 et 2020	Lille	(+)18,6%	(+)11,3%
	France	(+)14,7%	(+)6%

Tableau 2. Répartition par genre des personnes de tout âge et de 55 ou plus, en France entière et dans la DISP de Lille				
			Hommes	Femmes
			n (%)	n (%)
2016	≥ 55 ans	Lille (n=419)	394 (94.0)	25 (6.0)
		France (n=4480)	4296 (95.9)	184 (4.1)
	Tout âge	Lille (n=6502)	6271 (96.4)	231 (3.6)
		France (n=66676)	64450 (96.7)	2226 (3.3)
2017	≥ 55 ans	Lille (n=427)	403 (94.4)	24 (5.6)
		France (n=4565)	4371 (95.8)	194 (4.2)
	Tout âge	Lille (n=6578)	6352 (96.6)	226 (3.4)
		France (n=68433)	66127 (96.6)	2306 (3.4)
2018	≥ 55 ans	Lille (n=475)	450 (94.7)	25 (5.3)
		France (n=4732)	4541 (96.0)	191 (4.0)
	Tout âge	Lille (n=6943)	6718 (96.7)	225 (3.3)
		France (n=68975)	66565 (96.5)	2410 (3.5)
2019	≥ 55 ans	Lille (n=485)	457 (94.2)	28 (5.8)
		France (n=4917)	4716 (95.9)	201 (4.1)
	Tout âge	Lille (n=7149)	6878 (96.2)	271 (3.8)
		France (n=70060)	67528 (96.4)	2532 (3.6)
2020	≥ 55 ans	Lille (n=497)	468 (94.2)	29 (5.8)
		France (n=5142)	4932 (95.9)	210 (4.1)
	Tout âge	Lille (n=7241)	6970 (96.3)	271 (3.7)
		France (n=70739)	68225 (96.4)	2514 (3.6)

Tableau 3. Répartition des personnes détenues selon la catégorie pénale, tout âge confondu et pour les personnes détenues de 55 ans et plus, en France entière et dans la DISP de Lille					
			Condamnés	Condamnés-prévenus	Prévenus
2016	≥ 55 ans	Lille (n=419)	361 (86.2)	4 (1.0)	54 (12.9)
		France (n=4480)	3594 (80.2)	53 (1.2)	833 (18.6)
	Tout âge	Lille (n=6502)	5455 (83.9)	140 (2.2)	907 (13.9)
		France (n=66676)	51247 (76.9)	1951 (2.9)	13481 (20.2)
2017	≥ 55 ans	Lille (n=427)	350 (82.0)	12 (2.8)	65 (15.2)
		France (n=4565)	3463 (75.9)	89 (1.9)	1013 (22.2)
	Tout âge	Lille (n=6578)	4994 (75.9)	254 (3.9)	1331 (20.2)
		France (n=68433)	49070 (71.7)	2954 (4.3)	16408 (24.0)
2018	≥ 55 ans	Lille (n=475)	401 (84.4)	5 (1.1)	69 (14.5)
		France (n=4732)	3665 (77.5)	63 (1.3)	1004 (21.2)
	Tout âge	Lille (n=6943)	5418 (78.0)	260 (3.7)	1266 (18.2)
		France (n=68975)	49589 (71.9)	2891 (4.2)	16493 (23.9)
2019	≥ 55 ans	Lille (n=485)	383 (79.0)	5 (1.0)	97 (20.0)
		France (n=4917)	3666 (74.6)	74 (1.5)	1177 (23.9)
	Tout âge	Lille (n=7149)	5354 (74.9)	275 (3.8)	1520 (21.3)
		France (n=70060)	48805 (69.7)	2889 (4.1)	18368 (26.2)
2020	≥ 55 ans	Lille (n=497)	378 (76.1)	7 (1.4)	112 (22.5)
		France (n=5142)	3855 (75.0)	76 (1.5)	1211 (23.6)
	Tout âge	Lille (n=7241)	5290 (73.1)	286 (3.9)	1665 (23.0)
		France (n=70739)	49688 (70.2)	2724 (3.9)	18327 (25.9)
Évolution des effectifs entre 2016 et 2020	≥ 55 ans	Lille (n=419)	(+)4,7%	(+)75%	(+)107,4%
		France (n=4480)	(+)7,3%	(+)43,4%	(+)45,4%
	Tout âge	Lille (n=6502)	(-)3,0%	(+)104,3%	(+)83,6%
		France (n=66676)	(-)3,0%	(+)39,6%	(+)35,9%

Tableau 4. Répartition des personnes détenues condamnées et condamnées-prévenues selon le type de condamnation, à tout âge et à 55 ans ou plus, à la DISP de Lille et en France				
			Condamnées criminelles	Condamnées correctionnelles
2016	55 et plus	Lille (n=365)	185 (50.7)	180 (49.3)
		France (n=3647)	1885 (51.7)	1762 (48.3)
	Tout âge	Lille (n=5596)	932 (16.7)	4664 (83.3)
		France (n=53198)	9142 (17.2)	44056 (82.8)
2017	55 et plus	Lille (n=362)	218 (60.2)	144 (39.8)
		France (n=3552)	1930 (54.3)	1622 (45.7)
	Tout âge	Lille (n=5248)	1021 (19.5)	4227 (80.5)
		France (n=52079)	9430 (18.1)	42649 (81.9)
2018	55 et plus	Lille (n=406)	219 (53.9)	187 (46.1)
		France (n=3728)	1977 (53.0)	1751 (47.0)
	Tout âge	Lille (n=5678)	1053 (18.5)	4625 (81.5)
		France (n=52478)	9398 (17.9)	43080 (82.1)
2019	55 et plus	Lille (n=388)	204 (52.6)	184 (47.4)
		France (n=3740)	2020 (54.0)	1720 (46.0)
	Tout âge	Lille (n=5629)	1047 (18.6)	4582 (81.4)
		France (n=51692)	9336 (18.1)	42356 (81.9)
2020	55 et plus	Lille (n=385)	212 (55.1)	173 (44.9)
		France (n=3931)	2068 (52.6)	1863 (47.4)
	Tout âge	Lille (n=5576)	1052 (18.9)	4524 (81.1)
		France (n=52412)	9393 (17.9)	43019 (82.1)

AUTEUR : Nom : BLERVAQUE

Prénom : Wanda

Date de soutenance : 22 septembre 2021

Titre de la thèse : Vieillesse écrouée, vieillir en prison : modalités des soins psychiatriques proposés aux personnes âgées détenues dans les établissements pénitentiaires des Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Psychiatrie adulte*

DES + spécialité : *Psychiatrie de la personne âgée*

Mots-clés : psychiatrie de la personne âgée, psychiatrie en milieu carcéral, troubles neurocognitifs, troubles psychiatriques, personnes âgées incarcérées, prison

Résumé :

Contexte : La personne âgée incarcérée présente un vieillissement prématuré, des comorbidités psychiatrique, cognitive et physique importantes, ainsi que des caractéristiques criminologiques différentes des sujets jeunes. Elle doit faire face à un système sanitaire et carcéral adapté aux plus jeunes.

Méthode : Une étude observationnelle transversale a été menée par auto-questionnaire adressé aux médecins des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) des Hauts de France explorant les soins psychiatriques dédiés aux personnes âgées détenues. Des données pénitentiaires et sanitaires (hospitalisations et consultations) sur la population âgée de 55 ans ou plus incarcérée depuis 2016 ont été recueillies.

Résultats : Au total, 45% des médecins des USMP de la région ont répondu, représentant 12 établissements sur 16. Ces médecins sont souvent non formés en médecine de la personne âgée et estiment leurs compétences dans ce domaine inférieures à la moyenne. Les prévalences de troubles psychiques et cognitifs sont souvent estimées supérieures à celles des sujets jeunes. Les habitudes de maniement des psychotropes correspondent aux principes utilisés en gériatrie. Les évaluations cognitives sont rarement systématiques, et l'accès aux consultations spécialisées et imageries cérébrales sont considérés difficiles. Les établissements proposaient peu d'adaptations environnementales au handicap. Les hospitalisations surviennent majoritairement à l'UHSA et la population âgée bénéficie peu d'hospitalisations de jour. La difficulté d'élaboration du projet de libération est estimée en moyenne à 7,8/10 ($\sigma=1,58$), en raison d'un manque de partenariat avec le secteur médico-social et les réseaux gérontologiques. L'évolution de la population carcérale de 55 ans et plus entre 2016 et 2020 est significativement plus élevée que chez les plus jeunes en France ($p<0,001$). Cette population spécifique représente 6,9% de la population carcérale régionale.

Conclusion : Malgré l'augmentation du nombre de séniors incarcérés, qui présentent des vulnérabilités, des comorbidités et des besoins accrus et spécifiques, notre étude révèle des soins psychiatriques peu adaptés à cette population, avec un manque d'accès aux soins spécialisés et un environnement inapproprié. Nous proposons des pistes d'amélioration autour de trois axes : une prise en charge sanitaire spécialisée, systématique et globale / un environnement pénitentiaire adapté / une libération préparée avec les partenaires extérieurs.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur François PUISIEUX, Monsieur le Docteur Jean ROCHE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Suzanne BUYLE-BODIN