



**LE VIEILLISSEMENT EN PRISON :
APERÇU DE LA PRISE EN SOINS DES DÉTENUS ÂGÉS ET
RECOMMANDATIONS INFIRMIÈRES**

EMELINE DEVAUD

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

HALIMA ABDOULAYE

Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : CRISTINA FERREIRA

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2018 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

Résumé

Problématique : En Suisse, la population des détenus âgés (50 ans ou plus) a doublé durant ces 25 dernières années. Ces détenus présentent de multiples pathologies et handicaps dus à l'âge, accentués par le vieillissement précoce lié aux conditions de détention. Face à ce phénomène, se pose le problème de l'inadéquation des prisons à répondre aux besoins spécifiques de cette population.

But et question de recherche : À travers ce travail, nous souhaitons identifier les problèmes de santé, ainsi que les besoins des détenus âgés, durant leur période de détention.

Méthode : Une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données CINAHL et PubMed. Les descripteurs utilisés lors de cette recherche correspondent aux concepts « détenus âgés », « soins infirmiers », « domaine médical » et « établissements pénitentiaires ».

Résultats : Cinq articles ont été retenus au terme de notre recherche documentaire, provenant d'études réalisées en Suisse, France, Angleterre et Etats-Unis. La synthèse des résultats met en évidence plusieurs thèmes : l'influence des parcours de vie des détenus âgés sur leur santé, la sous-évaluation des pathologies ainsi que des handicaps dans les AVQ, les sources de vulnérabilité des détenus âgés, les obstacles matériels et psychologiques aux soins, les besoins de traitements et environnement adaptés.

Discussion : Les résultats, discutés à l'aide de la Théorie de la Transition de Meleis, montrent la nécessité d'améliorer l'évaluation précoce des problèmes de santé, notamment des troubles cognitifs, de renforcer les collaborations avec les agents de détention pour trouver des solutions (ex : mobilité), de veiller à l'adéquation des traitements et à la continuité des soins après la libération.

Conclusion : L'augmentation de la population des détenus âgés génère de nombreux défis auxquels il est nécessaire d'apporter des réponses adéquates (environnement matériel adapté aux handicaps physiques et sensoriels, dépistages précoces, EMS sécurisés). L'exemple de l'inadaptation des infrastructures et des déficits de couverture par l'assurance maladie montre que la Suisse doit encore trouver ses propres solutions à cette problématique.

Mots-clés : détenus âgés – prisonniers âgés - prisons – établissements pénitentiaires – service médical carcéral - soins infirmiers – santé mentale

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du Jury ou de la Directrice du travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Juillet 2018

Emeline Devaud et Halima Abdoulaye

Remerciements

Nous tenons à adresser des remerciements tout particuliers à notre directrice de travail de Bachelor, Mme Cristina Ferreira. Sa guidance et ses remarques nous ont énormément aidées dans la réalisation de ce travail.

Nous remercions également nos deux collègues, Estelle C. et Celine C., pour les temps d'échange concernant nos travaux que nous avons pu partager, qui ont participé au maintien de notre motivation.

Finalement, un grand merci à nos proches pour leur énorme soutien.

Table des matières

1	Introduction	7
2	Problématique	8
3	Concepts clés	11
4	Méthode	14
4.1	Cadre théorique.....	14
4.2	Stratégie documentaire.....	16
4.3	Critères d'inclusion et d'exclusion	17
4.4	Présentation des bases de données	18
5	Résultats	19
5.1	Présentation des articles	19
5.2	Méthodologie des études.....	21
5.3	Limitations des études.....	23
5.4	Synthèse des résultats	24
5.4.1	Parcours de vie des détenus et influence de celui-ci sur leur incarcération, perception de l'avenir et d'eux-mêmes	24
5.4.2	Principaux problèmes de santé identifiés chez les détenus âgés	28
5.4.3	Les problèmes de santé mentale	30
5.4.4	Les besoins des détenus âgés.....	31
5.4.5	L'environnement matériel	33
5.4.6	L'environnement social	35
5.4.7	Les obstacles psychologiques.....	38
5.4.8	Traitements et thérapies.....	40
5.4.9	Les services sanitaires et les interventions infirmières.....	41
5.4.10	Recommandations pour la pratique des soins en prison.....	41
6	Discussion	48
7	Conclusion	57
8	Liste de références	59
9	Annexes	62

1 Introduction

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, nous avons décidé de développer une problématique en rapport avec le travail infirmier en prison, à savoir le vieillissement en milieu carcéral. Notre choix s'est porté vers ce sujet car il nous paraissait novateur, original et peu investigué. De surcroît, les modalités des soins infirmiers au sein des établissements pénitentiaires restent largement ignorées par la population en Suisse. Nous avons toutes les deux eu l'occasion d'effectuer un stage au sein d'une prison durant notre formation, ce qui nous a permis d'acquérir un aperçu de l'organisation des soins en milieu carcéral. Cependant, sans cette opportunité, nous aurions été incapables de dire quel est l'effectif du personnel soignant, la présence des médecins, le protocole en cas de problèmes de santé majeurs ou de handicaps, etc., ce qui nous confirme dans l'idée qu'il s'agit encore d'un sujet relativement méconnu.

D'un point de vue personnel, en tant que futures infirmières, nous estimons qu'il est important d'avoir une vision globale de la population nécessitant nos soins, y compris des minorités telles que les détenus ; ce qui requiert une maîtrise du sujet. Il est primordial, à nos yeux, de ne pas stigmatiser cette population, qui a elle aussi droit à une prise en charge sanitaire adéquate.

Nous sommes d'avis qu'en réalisant ce travail, cela nous permettra non seulement de développer un regard critique sur les soins actuellement prodigués en milieu carcéral, mais également de nous positionner professionnellement, afin de contribuer à l'apport de soins de qualité aux détenus. Le positionnement professionnel dont nous nous sommes inspirées est nommé « advocacy » ; c'est un concept dont toute infirmière a besoin pour apporter la meilleure prise en soins à ses patients. L'advocacy est défini par Phaneuf (2013), comme « une réaction de défense en faveur du malade quand la soignante constate [...] que ses besoins essentiels n'ont pas été satisfaits, que son bien-être ou ses intérêts doivent être protégés et qu'elle en fait part aux autorités concernées » (p.1). En effet, à travers cette citation, le devoir de défense du patient par l'infirmière ressort clairement ; on peut d'ailleurs mettre en évidence que ce concept est une partie intégrante de notre code de déontologie, ce qui le rend d'autant plus indispensable pour nous (Code déontologique du CII pour la profession infirmière, 2006).

Pour cela, nous prévoyons de nous intéresser aux conditions de vie en détention des prisonniers en Suisse, ce qui nous permettra de mettre en évidence les manques au niveau sanitaire, et les besoins des détenus âgés et du système lui-même, afin d'améliorer leur prise en charge.

2 Problématique

Contexte général

Selon l'Office fédéral de la statistique (2016), on comptait 6912 détenus dans les prisons en Suisse en 2016, dont 6528 hommes. La population totale de la Suisse s'élève à 8'327'100 personnes (Office fédéral de la statistique, 2016) ; cela veut donc dire que la population des détenus représente 0,083% de la population suisse. Même si ce taux peut paraître faible, la population carcérale est sujette à des problèmes de santé, somatiques et/ou psychiatriques, ce qui pose d'emblée la question de l'accès à une prise en charge médico-infirmière (Désesquelles, 2002). En dépit de leur situation de détention, les individus doivent pouvoir bénéficier d'un traitement en vertu du principe de l'équivalence des soins. Selon ce principe, les détenus ont droit à l'accès au système de santé d'une manière équivalente aux citoyens libres, sans discrimination relative à leur statut de prisonnier. (Heideri et al., 2017) De plus, pour toutes les catégories de la population, les infirmières sont tenues d'apporter leur aide à tous ceux qui en ont besoin. Pour rappel, selon le code déontologique du CII pour la profession infirmière (2006), « La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin ». (p.2)

Or, des études montrent qu'au sein des prisons, le taux de personnes nécessitant de l'aide humaine ou technique en raison d'un problème de santé ou d'un handicap est très élevé. De fait, selon Désesquelles (2002), « [...] trois personnes sur cinq rencontrent dans leur vie quotidienne des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles, ou mentales liées à des problèmes de santé ». Selon cette auteure, la demande pour des soins est proportionnellement plus haute dans les prisons qu'à l'extérieur, puisque qu'il n'y a qu'une personne sur quatre dans le reste de la population qui rencontre un besoin d'aide similaire (Désesquelles, 2002).

Les raisons de ce taux très élevé de problèmes de santé et/ou de handicaps - qui crée un besoin d'aide chez les détenus - est en grande partie expliqué par les conditions mêmes de leur incarcération. Il s'agit de l'angoisse qui est générée par l'emprisonnement et, dans certains pays, des conditions d'hygiène défavorables ; ceci peut altérer l'état de santé d'un détenu, ou faire réapparaître un problème de santé préexistant. Il y a également le problème de la violence entre les détenus en prison, qui peut être à l'origine de traumatismes psychologiques et de blessures physiques. Tous ces facteurs contribuent à l'émergence ou à la péjoration de problèmes de santé, tant physiques que psychologiques (Désesquelles, 2005).

Les besoins sanitaires des détenus âgés

Les besoins de soins et d'aide sont cependant plus importants, ou du moins spécifiques, chez les détenus âgés dont la proportion au sein de la population carcérale est en nette augmentation. Le nombre de détenus de cinquante ans ou plus, a doublé au cours de ces dix dernières années ; en France, il est passé de 5% de la population peuplant les prisons à environ 10% (Touraut et Désesquelles, 2015). En Suisse, le même phénomène de hausse a été remarqué durant ces vingt-cinq dernières années. En 2010, le nombre de détenus âgés de plus de 50 ans s'élevait à 446, tandis que ceux de plus de 60 ans étaient au nombre de 113 dans les prisons suisses. (Lüthi, 2012) Les raisons de cette augmentation s'expliquent, toujours selon Lüthi (2012), non pas en raison du vieillissement démographique de la population, mais davantage en raison des nouvelles politiques pénales, caractérisées par des condamnations à des peines plus longues. Les facteurs rentrant également en ligne de compte sont l'augmentation des peines à perpétuité, l'augmentation des infractions à caractère sexuel et le manque de flexibilité quant à la libération de prisonniers âgés, voire infirmes (Heideri et al., 2017). En raison de ces nouvelles orientations plus restrictives, on peut donc s'attendre à ce que la proportion des détenus âgés ne cesse de s'accroître au cours des prochaines années, ce qui risque de soulever un certain nombre de problèmes sanitaires, surtout en raison des difficultés que ce type de détenus rencontre. L'élévation du nombre de prisonniers âgés dans les prisons du canton de Vaud, est même vue comme une possible future crise économique pour le système judiciaire, de santé, et, plus largement, pour la société. [traduction libre] (Moschetti, Stadelman, Holly, Bodenmann, Wasserfallen, Elger et Gravier, 2015)

On constate que les prisonniers âgés de cinquante-cinq ans et plus présentent une prévalence beaucoup plus élevée que les détenus plus jeunes par rapport aux poly morbidités, ainsi qu'aux maladies majeures. [traduction libre] (Moschetti, Stadelman, Holly, Bodenmann, Wasserfallen, Elger et Gravier, 2015) Plus précisément, ces difficultés et problèmes de santé se traduisent par la survenue d'arthrite, d'hypertension, d'ulcères, de troubles liés à la prostate, d'infarctus, ainsi des pathologies psychiatriques, respiratoires et musculo-squelettiques chez ces détenus âgés (Tenzin, Meyer, Handtke, Kressig, Gravier et Elger, 2014). Ces pathologies engendrent bien sûr diverses difficultés accentuées par les infrastructures des prisons, qui ne sont pas adaptées aux personnes âgées et malades ; les détenus âgés qui ont des difficultés de mobilité se confrontent, par exemple, aux obstacles posés par les escaliers (Touraut et Désesquelles, 2015) ou encore à la dépendance pour mener leurs activités quotidiennes (c'est-à-dire se laver eux-mêmes, aller aux toilettes, etc.). Certains individus âgés ont besoin d'un rollator, ou d'une chaise roulante pour se déplacer. Toutefois, les prisons ont été construites et aménagées pour une population plus jeune, et ne présentant pas de handicaps ; pour preuve, dans ces bâtiments, il n'y a souvent pas de rampes, pas d'ascenseurs et pas de personnel dont le rôle est spécifiquement d'aider les détenus dans les soins d'hygiène (Touraut et Désesquelles, 2015). Afin d'illustrer cela, selon des études, 23% des prisonniers déclarent avoir un besoin d'aide

humaine (personnel spécifique), et 12% d'entre eux auraient besoin d'équipement technique (ascenseur, rampe, lit adapté, etc.). (Désesquelles, 2005).

À la lumière de ces constatations, se pose la question de la baisse importante de la qualité de vie de cette population de détenus âgés. Or, celle-ci est déjà grandement affectée par l'enfermement ; être emprisonné pendant de nombreuses années peut engendrer une altération au niveau corporel, psychique et spirituel augmentant les probabilités d'un « vieillissement précoce ». A titre d'exemple, par rapport à la population générale, un détenu de cinquante ans présente fréquemment des problèmes de santé qu'on trouverait chez un individu de dix ans plus âgé. Ceci résulte du fait que, privés de liberté, les individus concernés souffrent d'un manque d'autonomie, de l'impossibilité de prendre des décisions, de l'absence de responsabilités et de carences relationnelles et affectives (Lüthi, 2012). L'étude de Fazel et al. (2001) met en exergue un facteur supplémentaire pouvant contribuer à la péjoration des pathologies des détenus âgés ; il s'agit de l'adaptation des traitements aux problèmes de santé. En effet, les résultats de cette étude mettent en évidence un taux élevé de diagnostics de dépressions chez la population des prisonniers âgés (31,5% de leur échantillon), mais souligne également que seule une faible fraction de ceux-ci a une prescription pour une médication adéquate (12% de leur échantillon).

Ajouté à la problématique de la qualité de vie des détenus âgés, la question des coûts peut être mentionnée. Selon les estimations décrites par Williams et al. (2009), il semblerait que les détenus âgés coûtent environ trois fois plus que les détenus plus jeunes. Ceci appuie l'importance de s'intéresser à la santé des détenus âgés, en considérant l'augmentation de ces derniers au sein de nos prisons.

Il semblerait donc que les dimensions sanitaires du vieillissement en milieu carcéral constituent non seulement une thématique récente, mais qui posera des enjeux pour l'avenir appelant des solutions adéquates au niveau des soins infirmiers notamment.

Objectifs et question de recherche

Notre travail de Bachelor vise ainsi à traiter la question du vieillissement en prison. Au point de départ de notre réflexion, nous nous sommes demandé comment les détenus âgés présentant des troubles de la mobilité pouvaient se mouvoir de manière indépendante, alors que les prisons ne sont pas forcément pourvues d'ascenseurs, de rampes, de lits électriques, etc. De plus, étant donné que le personnel d'un établissement pénitentiaire n'est pas principalement axé sur les soins, comment font les détenus âgés dépendants pour mener à bien leurs activités quotidiennes (hygiène corporelle, élimination, etc.) ? Plus

largement, comment les détenus âgés, limités par leurs pathologies, peuvent-ils prétendre à une qualité de vie égale à celle des détenus plus jeunes ? Par quels moyens est-il possible d'améliorer leurs conditions de vie du point de vue infirmier ? A partir de la littérature scientifique, l'objectif principal de notre travail est de décrire les conditions de vie des détenus âgés, identifier leurs problèmes de santé et leurs besoins, afin de parvenir à formuler, à terme, des recommandations susceptibles d'améliorer leur qualité de vie et leur prise en charge par les services médico-infirmiers en milieu pénitentiaire.

La question qui nous guidera tout au long de notre recherche est donc la suivante :

Considérant la particularité des conditions de vie en détention, quels sont les problèmes de santé et les besoins des détenus âgés (50 ans et plus) ?

3 Concepts clés

Ci-dessous nous allons définir les principaux concepts mobilisés dans ce travail de Bachelor, dont certains ont déjà été mentionnés.

Détenu âgé

Par là, il faut comprendre des détenus âgés de 50 ans et plus. Compte tenu du phénomène de vieillissement précoce évoqué précédemment et que nous expliquons ci-dessous, les prisonniers de 50 ans ou plus sont d'ores et déjà considérés comme étant âgés, ce qui leur confère une singularité par rapport à la population générale.

Vieillesse précoce

Il s'agit d'un vieillissement accéléré causé par les conditions d'incarcération. Les facteurs favorisant ce phénomène sont l'angoisse liée à l'incarcération, les conditions d'hygiène qui peuvent être insuffisantes dans certains pays, ainsi que la violence entre les détenus. Le cumul de ces éléments affecte non seulement l'état physique mais également psychologique des détenus (Désesquelles, 2005). Indice manifeste du vieillissement précoce, on observe chez les détenus des pathologies qui surviennent généralement dix ans plus tard dans la population libre (Lüthi, 2012)

Organisation du système sanitaire carcéral en Suisse

Le système carcéral est géré indépendamment par chaque canton. En raison des diversités cantonales un organisme centralisé visant à homogénéiser l'organisation des soins dans les établissements pénitentiaires a été créé. Il s'agit de « Santé Prison Suisse » (Santé Prison Suisse, 2017). Cette organisation vise à diminuer les risques sanitaires au sein de la population carcérale, à s'assurer que les soins prodigués dans le domaine pénitentiaire respectent les droits constitutionnels et à favoriser l'interprofessionnalité entre les acteurs du système carcéral et celui de domaine de la santé (Santé prison suisse, 2017).

Plus concrètement, les soins infirmiers et médicaux en Suisse sont donnés dans les prisons par un service médical relié au domaine public hospitalier, par conséquent indépendant de la prison dans laquelle ce service prodigue ses soins (Balmer et Locatelli, 2013). Dans le cadre des stages que nous avons pu effectuer au sein d'établissements pénitentiaires, nous avons d'ailleurs pu remarquer que le service de santé de la prison dépendant du Département de psychiatrie du CHUV, était effectivement indépendant de l'institution carcérale.

Il est également important de savoir que les gardiens ne sont pas habilités à distribuer les traitements médicaux aux détenus, sauf avec la permission de l'équipe soignante. En effet, l'administration des traitements par les gardiens pourrait se révéler risquée, étant donné qu'ils ne connaissent pas les effets indésirables découlant des substances qu'ils administrent. De plus, cela constituerait une violation du secret professionnel, puisque les surveillants prendraient connaissance des traitements des détenus (Balmer et Locatelli, 2013). À l'occasion de nos stages, nous avons pu observer que les médicaments journaliers sont distribués par le personnel soignant ; seuls les médicaments de réserve, en cas de problème nocturne, peuvent être donnés par les agents de détention. Une enveloppe mentionnant le nom de la substance, l'indication de celle-ci et la posologie précise est préparée à leur intention.

L'organisation précise des soins est différente selon les prisons même si des règles générales demeurent, telles que celles énumérées ci-dessus. Dans certaines prisons, la distribution des médicaments, par exemple, est effectuée en trois tournées par jour par l'équipe soignante, qui demande que le médicament soit pris devant elle. Pour ce qui est de la nuit, ce sont les gardiens qui se chargent de les distribuer (en arrangement avec l'équipe soignante). Dans d'autres prisons, la distribution de tous les médicaments est faite en une seule fois, avec un risque notable que les comprimés ne soient pas pris, soient revendus, etc. (Klaue, 2015)

Secret professionnel

C'est dans l'article 321 du Code Pénal que l'on trouve les informations relatives au secret médical. Il y est dit que le médecin/soignant peut transgresser le secret professionnel si le patient (dans ce cas, le

détenu) l'y autorise, si les autorités le demandent, ou si le médecin/soignant est appelé à témoigner en justice ; si ça n'est pas le cas, le secret professionnel s'applique (Ducor, 2014).

Gestion de la maladie en prison

La prise en charge de prisonniers malades de manière chronique ou grave constitue un défi pour les institutions carcérales ; par exemple, beaucoup de prisonniers doivent faire de nombreuses demandes de consultation lorsqu'ils rencontrent des difficultés médicales, car l'attente est considérable. De plus, à la maladie en prison s'ajoute la peine du prisonnier. Selon Perrin (2017), « Vivre seul sa maladie, aussi, est une forme de double peine » (p.3).

Dans le cadre de nos stages, nous avons pu constater que les détenus, si leur état de santé l'exige, peuvent se rendre en consultation médicale, ou chirurgicale, dans les hôpitaux externes. Pour une question de sécurité (risque d'évasion notamment), la date précise n'est pas connue à l'avance par les détenus. Ces derniers peuvent par ailleurs être envoyés aux services d'urgences externes si leur état de santé ne leur permet pas d'être traité au sein de la prison.

Advocacy

Mentionné en introduction, l'advocacy, ou « plaider » dans sa traduction française, est un concept relié à l'éthique des soins infirmiers. Selon Phaneuf (2013), il s'agit « [...] d'une philosophie des soins appliquée aux soins infirmiers qui consiste à soutenir le client dans la promotion et la défense de ses intérêts et de son bien-être tel qu'il les perçoit » (p.1). Ainsi, nous pouvons relever que les patients possèdent plusieurs droits tels que, selon Phaneuf (2013), « le droit d'être soi », « le droit d'être respectés dans leur corps et leur identité », « le droit de décider librement pour eux-mêmes s'ils en ont la capacité », « le droit d'être informés du but, des méthodes, et des effets secondaires des soins », ainsi que, bien sûr, « le droit au soulagement de la douleur et à une certaine qualité de vie » (p.6). L'advocacy consiste donc, pour l'infirmier, à défendre le patient dans ses différents droits, lorsqu'il est dans l'incapacité de le faire lui-même, ou qu'il n'a pas connaissance de ses droits (Phaneuf, 2013).

Équivalence des soins

Ce principe, qui repose sur la non-discrimination, sous-tend que les détenus doivent pouvoir avoir accès aux mêmes soins que les citoyens de la population libre. (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2018)

AICS

Un détenu qualifié d'AICS a été jugé coupable d'un délit se rapportant à un aspect sexuel. Il s'agit d'un auteur d'une infraction à caractère sexuel. (Bessières, 2017)

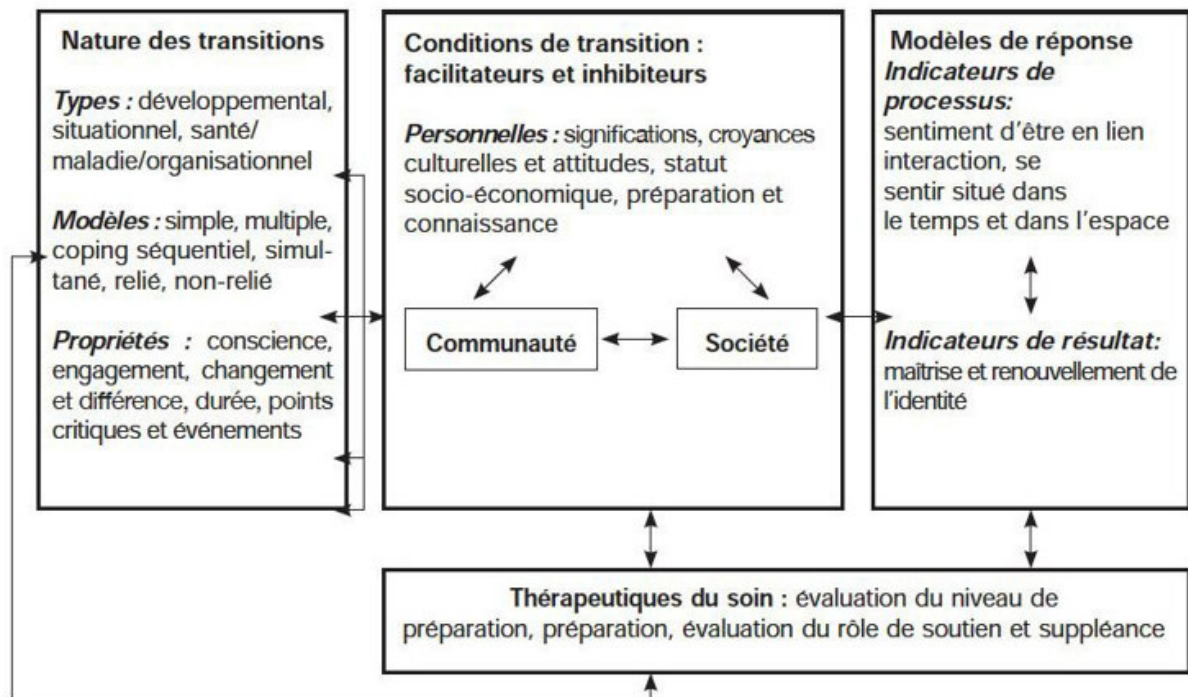
4 Méthode

4.1 Cadre théorique

Dans cette section nous allons traiter la Théorie de la Transition de Meleis, car nous allons utiliser cette dernière en tant que cadre théorique pour notre travail.

Cette théorie vise à accompagner la personne traversant une ou plusieurs transitions à travers tout le processus, de la préparation jusqu'au dénouement ; l'objectif est que la personne arrive à s'adapter, à intégrer les nouveaux paramètres que cette transition implique, et donc à effectuer une transition en santé (une transition qui ne serait pas en santé serait, par exemple, de nier la transition et de stagner). (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010)

Il peut être utile de rappeler la définition d'une transition selon Schumacher et Meleis ; une transition consiste donc en un changement dans l'état de santé, dans les rôles joués dans la famille et la société, dans les attentes envers soi et les autres, ainsi que dans ses capacités. Elle fait appel à des processus internes chez la personne. Elle est à la fois le processus et le résultat des interactions complexes de la personne avec son environnement. Elle peut impliquer plus qu'une personne, elle est de plus insérée dans un contexte et dans une situation. [Traduction libre] (1994, p.119)



(Aubin et Dallaire, 2008)

Ci-dessus, est présenté le schéma de la Théorie de la Transition de Meleis par Aubin et Dallaire (2008). Dans ce schéma figurent les différents types de transitions par lesquels un individu peut passer au cours de sa vie. Ces transitions peuvent être soit facilitées, soit inhibées par certains facteurs qui mettent en interaction les facteurs personnels, la communauté et la société dans lesquelles évolue le sujet. Il convient également de considérer les « indicateurs de processus », qui, s'ils sont présents, marquent l'avancée du sujet dans le processus de la transition, de même que les « indicateurs de résultats », qui signalent la fin du processus de transition. Enfin, en bas du schéma, apparaissent le rôle et les interventions thérapeutiques des infirmiers dans le processus de la transition.

Ce qui est important de souligner est que chaque concept est interrelié avec les autres ; ainsi, pour prendre l'exemple des interventions infirmières, on voit que celles-ci peuvent influencer la transition du point de vue des facteurs facilitateurs et inhibiteurs (et ainsi aider au processus de transition, ou au contraire le freiner), ou du point de vue des indicateurs, ou encore, du type de transition. De même, chacun des concepts cités peut influencer les interventions infirmières, afin d'ajuster la démarche de soins au patient dans un processus d'individualisation.

Notre choix s'est porté sur cette théorie car notre sujet présente deux types de transitions. En effet, comme nous l'avons dit ci-dessus, une transition est un changement, qui implique une adaptation de la part de la personne. [Traduction libre] (Schumacher et Meleis, 1994, p.119). Or, lorsqu'une personne âgée entre en prison, il s'agit d'une transition situationnelle (créée par une situation particulière)

(Aubin et Dallaire, 2008). Un autre type de transition que nous pouvons rencontrer dans notre travail est la transition provoquée par l'apparition d'une pathologie (Aubin et Dallaire, 2008), en l'occurrence, chez les détenus âgés.

Au-delà des types de transition, ce travail s'appuie sur deux autres concepts issus de la Théorie de la transition de Meleis. Il s'agit des « conditions de transition facilitantes ou entravantes » (communautaires, sociétales, personnelles) et du « rôle de soutien et de suppléance ». D'après les résultats d'étude présentés plus loin, il s'avère que dans le milieu carcéral de nombreux aspects peuvent nuire à la prise en soins des détenus âgés, et donc devenir des facteurs inhibiteurs de leur transition. En revanche, d'autres résultats se classent davantage dans l'ordre des actions et attitudes pouvant servir à soutenir les détenus âgés et répondre adéquatement à leurs besoins.

4.2 Stratégie documentaire

Nous allons à présent exposer notre stratégie de recherche documentaire, ayant servi à trouver les articles composant ce travail. Afin de mener à bien cette tâche, nous sommes parties des concepts évoqués dans notre problématique, qui nous ont servi de critères de sélection, afin de définir des mots-clés qui nous ont aidés dans nos recherches documentaires. Ces mots-clés ont ensuite été « traduits » en descripteurs, selon les différentes bases de données utilisées, ce qui nous a permis de construire des équations pertinentes.

Une fois les équations nécessaires à nos recherches mises en évidence, nous avons déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion des articles pour parvenir à une sélection pertinente.

Notre stratégie de recherche documentaire est représentée sous une forme synthétique dans le tableau ci-dessous. Dans la première colonne se trouvent les concepts desquels nous sommes parties, présents dans notre question de recherche. Il s'agissait tout d'abord de circonscrire la population concernée (les détenus âgés) mise en relation avec les soins infirmiers. Enfin, nous avons cherché à sélectionner des études réalisées sur des établissements pénitentiaires et portant ainsi sur les conditions de détention des sujets.

La colonne suivante présente les mots-clés que nous avons tirés de ces différents concepts, puis dans les deux colonnes d'après, nous avons mis en évidence les descripteurs qui découlent de ces mots-clés, selon les bases de données de CINHALL et PubMed, utilisées dans le cadre de ce travail. Nous avons ensuite relié les différents descripteurs avec des opérateurs booléens, afin de former nos équations. Les équations se lisent par colonne, de haut en bas. Nous avons donc l'équation sur CINHALL dans la troisième colonne, et celle sur PubMed dans la quatrième colonne.

Tableau de l'équation de recherche documentaire

Concepts	Mots- clés	CINHAL	PubMed
Détenus	Prisonner Inmate Detained	Prisoners	Prisoners
Âgés	Aged Senior Old	Aged Middle aged	Aged
Soins infirmiers Domaine médical	Nursing care Health care Nursing intervention Caring	Health services needs and demands Nursing care Psychiatric disorders Mental Health Mental disorders	Nursing Nursing care
Etablissements pénitentiaires	Prison Penitentiary Jail Prison sentence Detention center Imprisonment Custody	Correctional facilities Correctional health service	Prisons

Diagram illustrating the search equation structure with logical operators (AND/OR) connecting terms across the columns.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons également passé en revue les listes de références et bibliographies des articles déjà retenus pour ce travail, afin de trouver des études pouvant nous intéresser ; de plus, notre directrice de Bachelor, Mme Cristina Ferreira, nous a soumis des propositions d'études.

4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Voici les différents critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons retenus afin de préciser notre recherche.

Critères d'inclusion

- Sexe masculin
- Âgés de 50 ans ou plus
- Prisonniers
- Maladie et /ou handicap
- Mention du domaine des soins infirmiers, ou médical

Dans les critères d'inclusion, si nous avons retenu le sexe masculin c'est parce que, comme expliqué dans notre problématique, la grande majorité des détenus en Suisse (comme dans d'autres pays) sont

des hommes. Il est cependant important de relever que deux de nos études sont mixtes, c'est-à-dire qu'elles portent également sur des détenues ; celles-ci sont cependant faiblement représentées dans les échantillons. Pour ce qui est du critère de l'âge (50 ans et plus) nous avons considéré le phénomène du vieillissement précoce exposé auparavant. En toute logique, parmi les critères d'inclusion figurent le statut de détenus ainsi que les atteintes à la santé et/ou les handicaps. Le dernier critère d'inclusion que nous avons retenu est le fait qu'il y ait dans les articles une mention aux soins infirmiers, ou au moins au domaine médical et de la santé, puisque c'est notre sujet d'intérêt.

Critères d'exclusion

- Sexe féminin
- Population libre
- Moins de 50 ans
- Pas de maladie/handicap
- Sujet autre que santé/soins infirmiers
- Articles trop anciens (avant l'année 2000)

Concernant les critères d'exclusion, nous n'avons donc pas retenu les sujets de sexe féminin, étant donné qu'ils ne représentent qu'une fraction réduite de la population carcérale, ainsi que les individus faisant partie de la population libre. Les prisonniers de moins de 50 ans sont également exclus, puisqu'ils ne sont pas encore des détenus âgés. Les articles traitant d'individus qui ne présentent pas de maladies ou de handicaps n'ont pas été sélectionnés, de même que s'ils ne traitent pas des soins infirmiers, du domaine médical, ou de la santé.

Les études trop anciennes, ne reflétant plus la réalité d'aujourd'hui, ont également été écartées. Nous avons conservé uniquement les études assez récentes, c'est-à-dire à partir de l'an 2000.

4.4 Présentation des bases de données

Pour effectuer cette recherche documentaire, nous avons décidé d'utiliser CINAHL et PubMed. Ce sont deux bases de données très connues ; notre choix s'est porté sur elles, car sans une connaissance préalable très précise du phénomène étudié, elles permettent de trouver des résultats pertinents, ce qui a facilité nos recherches. De plus, elles contiennent des données constituant une base solide sur le sujet des soins infirmiers, ce qui est important à prendre en compte, puisque notre premier domaine d'intérêt est les soins infirmiers (bien que nous ayons pris en compte le domaine de la santé d'une manière plus large).

5 Résultats

5.1 Présentation des articles

Nous avons retenu cinq articles de nature qualitative et quantitative. Il était important pour nous d'avoir un aperçu des différences selon les contextes nationaux (Angleterre, Etats-Unis, France, Suisse) dont les spécificités du système carcéral peuvent sans doute influencer le genre de problèmes sanitaires observés parmi les détenus âgés. Avant de les présenter plus en détail, voici un bref aperçu de la variété des approches adoptées dans ces recherches.

Le premier article, centré sur les problèmes psychiatriques, est une étude descriptive réalisée dans quatre prisons en Angleterre (région de Staffordshire) dont l'échantillon comprend des détenus âgés de 50 ans et plus et s'élève à 121 individus. Le deuxième article retenu s'intéresse aux agents de détention et à leur capacité à évaluer d'éventuels handicaps liés au vieillissement des détenus de plus de 55 ans auprès de onze prisons différentes en Californie. L'article suivant présente une étude, également réalisée aux Etats-Unis, qui évalue au niveau national les modèles de poly morbidités des détenus âgés de 50 ans ou plus. Puis, le quatrième, réalisé en France, s'intéresse dans une perspective sociologique aux témoignages des détenus âgés des deux sexes de 50 ans relativement à leur vécu durant la période d'incarcération, à leurs problèmes de santé liés au vieillissement, et à leurs attentes relatives à la sortie de prison. Le dernier, réalisé en Suisse, s'axe sur les perceptions et sentiments des détenus âgés des deux sexes de 51 à 75 ans, concernant l'accessibilité au système de santé.

Confrontés plus loin, ces articles abordent sous des angles divers les problématiques socio-sanitaires spécifiques à la population carcérale âgée.

Titre	Auteurs et année de publication	Objectif de l'étude	Méthode	Échantillon
Psychiatric morbidity in older prisoners : Unrecognized and undertreated	Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle S. et Heath L. 2011	Examiner la prévalence des troubles psychiatriques et somatiques ; déterminer si le taux de détection et de traitement de ces différents troubles s'est amélioré durant ces dix dernières années.	- Dossiers médicaux - Entretiens - Trois échelles de mesure : GMSE, MMSE, SF-12	121 détenus masculins âgés de 50 ans et plus dans quatre prisons d'Angleterre.
Caregiving behind bars : correctional officer reports of disability in geriatric prisoners	Williams, B., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R., et Walter, L. 2009	Évaluer la capacité chez les agents de détention à repérer les handicaps liés à la vieillesse chez les détenus âgés ; comparer avec le rapport du département de correction et de réadaptation de Californie (CDCR).	- Questionnaire distribué aux agents de détention - Comparaison avec rapport du CDCR	71 agents de détention rattachés à 618 prisonniers âgés. Un ajout de 41 cas de détenus âgés a été fait à l'échantillon. (Etats-Unis)
Growing old behind bars : Health profiles of the older male inmate population in the United States	Nowotny, M. K., Cepeda, A., James-Hawkins L., et Boardman D. J. 2016	Examiner les modèles de poly morbidités des détenus âgés de sexe masculin au sein de quatre domaines de la santé.	- Utilisation de données du Bureau des statistiques de justice (BJS) - Échelle de consommation de substance - Dossiers médicaux des détenus	1026 détenus de sexe masculin âgés de 50 ans ou plus. (Etats-Unis)
Épreuves partagées et pluralité des expériences	Touraut, C. 2017	Savoir comment les détenus âgés vivent leur vieillissement en prison, et leurs attentes relatives à la sortie.	- Entretiens semi-directifs	Détenus âgés de 50 ans ou plus, des deux sexes mais majoritairement masculin. (France)
Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment	Heideri, R., Wangmo, T., Galli, S., Shaw, M. D. et Elger, S. B. 2017	Explorer les perceptions et sentiment des détenus âgés concernant l'accessibilité du système de santé carcéral.	- Entretiens semi-directifs	Détenus âgés de 51 à 75 ans des deux sexes ; 30 hommes et 5 femmes. (Suisse)

5.2 Méthodologie des études

D'un point de vue méthodologique, trois des études que nous avons retenues sont de type quantitatif, tandis que deux sont de type qualitatif. Plus en détail, voici une comparaison en se basant sur les caractéristiques des populations concernées par ces différentes recherches.

Certaines études, définissent la catégorie « détenu âgé » à partir de l'âge minimal de 50 ans, mais ne précisent pas de sous-catégories d'âge au sein de leur échantillon. C'est le cas des recherches de Kingston et al. (2011), de Nowotny et al. (2016) et de Touraut (2017). D'autres, par contre, distinguent des sous-catégories d'âge ; c'est le cas de la recherche de Heideri et al. (2017), réalisée en Suisse, et de celle de Williams et al. (2009). Au sein de la première, les détenus sélectionnés sont compris dans une tranche d'âge allant de 51 ans à 75 ans, avec un âge moyen de 61 ans. Dans la deuxième étude, les auteurs ont établi quatre tranches d'âge dans l'échantillon des détenus âgés : 55 à 59 ans, 60 à 65 ans, 65 à 70 ans, et plus de 70 ans.

Certaines études ne s'intéressent qu'aux détenus de sexe masculin, tandis que deux études prennent en compte la population féminine des détenues âgées, bien que dans une proportion moindre que dans le cas des hommes (Touraut, 2017 ; Heideri et al., 2017). En effet, dans l'étude de Touraut (2017), l'auteure ne se rend que dans un établissement de détention pour détenues âgées, contre quatre autres établissements pénitentiaires pour les détenus âgés ; dans l'étude de Heideri et al. (2017), les femmes sont au nombre de 5, contre 30 hommes.

L'échantillon retenu dans l'étude de Williams et al. (2009) a la particularité de ne pas contenir uniquement des détenus âgés, mais également des agents de détention, au nombre de 71. En effet, au contraire des autres études, celle-ci cherche à mettre en évidence les informations rapportées par les agents de détention, au sujet des détenus âgés. Les problèmes de santé de ces derniers sont donc analysés à travers la perception et les connaissances des agents de détention. Cet aspect nous semble essentiel compte tenu du fait que les équipes soignantes qui interviennent en milieu carcéral dépendent en partie des informations fournies par ces professionnels.

Au sein des cinq études que nous avons retenues, une seule explicite un cadre théorique à l'aide duquel les résultats sont interprétés. Il s'agit de l'étude sociologique de Touraut (2017), qui utilise la théorie des « idéaux-types » de Max Weber afin d'approfondir les parcours de vie des détenus âgés, et d'examiner l'influence que ceux-ci ont sur certains facteurs, tels que la perception de leur âge, leur vécu de l'incarcération, ou encore leurs perspectives d'avenir.

L'étude réalisée en Suisse, bien qu'examinant également le point de vue des détenus âgés, s'intéresse plutôt aux barrières limitant l'accès des détenus âgés au service médical (Heideri et al., 2017).

Les trois études quantitatives, quant à elles, visent davantage à recueillir des informations relatives à la prévalence de maladies ou de déficiences ; dans le cadre de l'étude de Kingston et al. (2011), l'accent

est mis sur les pathologies psychiatriques, bien que certaines pathologies somatiques soient également examinées. Une autre étude se concentre sur les handicaps chez les détenus âgés, ainsi que sur leurs déficiences dans la vie de tous les jours, et les manifestations de syndromes gériatriques (Williams et al., 2009). Enfin, la dernière étude s'intéresse d'une manière très large à de multiples pathologies, qu'elles soient somatiques, psychiatriques, sous forme de handicaps, déficiences, ou liées au syndrome gériatrique ; cette étude a la particularité d'aborder ces multiples pathologies selon une vision poly morbide, afin de créer différents groupes de détenus âgés, caractérisés par l'interaction entre leurs co morbidités, ce que les autres études ne font pas (Nowotny et al., 2016).

Au niveau des outils de récolte de données, on peut mettre en évidence que les deux études qualitatives ont utilisé uniquement des entretiens semi-directifs, une démarche classique lorsque l'objectif est de collecter des témoignages pour appréhender les expériences subjectives (Touraut, 2017 ; Heideri et al., 2017).

Pour ce qui est des études quantitatives, l'une, qui est une étude de grande ampleur, a utilisé des statistiques nationales ; plus exactement, un rapport national qui décrit les taux de prévalence de différentes pathologies chez la population carcérale (Nowotny et al., 2016).

Les deux études restantes ont utilisé plusieurs moyens de récolte de données. Leur point commun est l'utilisation des informations qui figurent dans les dossiers médicaux des détenus qu'ils comparent avec les données recueillies pendant l'étude et une source d'informations officielle. Ainsi, dans l'étude de Williams et al. (2009), les données ont été récoltées au moyen de questionnaires distribués aux agents de détention, de la saisie du contenu des dossiers médicaux des détenus et, enfin, du rapport public du CDCR (rapport du Département de correction et de réadaptation de Californie). Le choix de cette dernière source d'informations est mis en avant par les auteurs comme un moyen de comparer les résultats des questionnaires avec les données présentées dans le rapport. Pour ce qui est de l'étude de Kingston et al. (2011), les outils de récolte de données autres que les dossiers médicaux des détenus, sont trois échelles de mesure que les détenus ont rempli lors d'entretiens ; les données récoltées à l'aide de ces échelles ont ensuite été comparées avec les diagnostics médicaux présents dans les dossiers de soins des détenus âgés. Les trois échelles utilisées dans cette dernière étude sont les suivantes : l'échelle « Geriatric Mental State Examination » (dont l'abréviation est « GMSE ») ; c'est l'une des échelles d'évaluation de l'état mental des personnes âgées les plus utilisées dans le monde. La deuxième échelle se nomme « Mini-Mental State Examination » (« MMSE »). Cette échelle permet d'évaluer les fonctions cognitives et la mémoire ; elle est souvent utilisée dans les cas de suspicion de démences. La dernière échelle utilisée par les auteurs porte le nom de « Short Form 12 » (« SF-12 »). Cette échelle a quant à elle pour but d'évaluer la qualité de vie, par rapport à des pathologies mentales ou somatiques chroniques, au moyen de douze questions.

Pour revenir à l'ensemble des articles, d'un point de vue éthique, une seule étude a été soumise à une commission d'éthique (Kingston et al., 2011). Par contre, la participation à chacune de ces études était sur un mode totalement volontaire (Kingston et al., 2011 ; Williams et al., 2009 ; Nowotny et al., 2016 ; Touraut, 2017 ; Heideri et al., 2017)

Concernant les quatre études qui n'ont pas été soumises à une commission d'éthique, les auteurs se sont assurés d'apporter des informations pertinentes à leurs participants. (Williams et al., 2009 ; Nowotny et al., 2016 ; Touraut, 2017 ; Heideri et al., 2017)

De plus, les auteurs de trois de ces études précisent clairement que toutes les données ont été rendues anonymes. (Williams et al., 2009 ; Nowotny et al., 2016 ; Heideri et al., 2017)

5.3 Limitations des études

Malgré les apports des résultats, dont il sera question plus loin, les auteurs des articles tiennent à relever les limites de leurs recherches.

Dans trois articles, il est question de possibles biais de sélection. Dans les deux études qualitatives, ils sont dus à une sous-représentation des détenues âgées. En effet, dans l'étude de Touraut (2017), sur quatre établissements pénitentiaires sélectionnés en vue de l'étude, seulement un incarcère des femmes, ce qui réduit considérablement leur nombre par rapport aux hommes. Dans l'étude de Heideri et al. (2017), le nombre précis de détenus âgés participant à l'étude est cité ; on peut donc remarquer que seules cinq détenues âgées font partie de l'échantillon, contre trente hommes.

Un autre possible biais de sélection est présent au sein d'une autre étude ; selon les auteurs, une grande proportion de l'échantillon était composée de détenus âgés AICS. Or, selon les résultats de cette étude, cette catégorie de détenus est moins sujette à la dépression, ce qui est susceptible d'avoir une influence sur les résultats. (Kingston et al., 2011)

Le fait de baser en partie les résultats sur les dires des détenus, et donc sur une valeur qui n'est pas objective, est une limitation reprise dans une étude. (Nowotny et al., 2016) Une autre étude relève que ces mêmes dires, peuvent avoir été influencés par l'environnement, ou par les chercheurs, faussant peut-être les résultats. (Heideri et al., 2017)

Dans l'étude de Williams et al. (2009), deux limitations sont relevées ; la première est le fait que l'évaluation faite par les agents de détention n'a pas pu être comparée avec les récits des détenus, puisque ces derniers n'ont pas été interrogés dans le cadre de cette étude. La deuxième, est que les auteurs ne mentionnent pas depuis combien de temps les agents de détention étaient affectés à chaque unité ; il n'est donc pas possible de faire un lien entre la durée de l'affectation, et la connaissance des différents handicaps et déficiences.

La dernière limitation pouvant être mise en évidence, est un taux de participation estimé relativement bas (51%), dans l'étude de Kingston et al. (2011).

5.4 Synthèse des résultats

Les résultats des différentes études vont maintenant être rapportés, et comparés entre eux. Pour ce faire, certains concepts de la Théorie de la Transition de Meleis sont utilisés. Les résultats sont ainsi classés par concepts présents au sein de cette théorie, et ensuite subdivisés en sous-thèmes. Ces sous-thèmes ont été créés en fonction des informations apportées par les résultats de chaque étude.

Transition situationnelle

La transition situationnelle est l'un des types de transition décrits par Meleis. Ce type de transition est provoqué par une situation particulière, sans laquelle la transition n'aurait pas eu lieu. (Aubin et Dallaire, 2008). Tous les résultats extraits des études que nous avons sélectionnées lors de ce travail, pouvant être classés dans le concept « transition situationnelle », de la Théorie de la Transition de Meleis sont présents dans les rubriques suivantes.

5.4.1 Parcours de vie des détenus et influence de celui-ci sur leur incarcération, perception de l'avenir et d'eux-mêmes

Avant d'aborder dans le détail les résultats portant sur les problèmes de santé, il nous semble important de donner un aperçu de la variété qui caractérise la population âgée en milieu carcéral. Deux des études sélectionnées dans le cadre de ce travail montrent un lien entre, d'un côté, le parcours de vie des détenus âgés, leurs particularités biographiques et, de l'autre côté, la façon dont ceux-ci vivent l'incarcération, envisagent leur avenir et se perçoivent eux-mêmes.

Commençons par la première de ces études qui a établi trois classes de détenus en fonction de l'impact des parcours de vie antérieurs des détenus âgés sur leurs vies durant l'incarcération. (Touraut, 2017) Selon la méthode des idéaux-types de Max Weber, la démarche consiste à regrouper des expériences à partir de traits communs. Le premier groupe identifié dans l'étude française – « Des parcours enrayés : entre désappointement et amertume » - se caractérise par une entrée en prison à un âge relativement avancé après que les détenus âgés aient mené ce qu'ils perçoivent comme une vie « normale ». Selon l'auteure, ce genre de trajectoires est le plus souvent présent en détention préventive. Ces détenus âgés vivent leur arrivée en prison comme un événement brutal qui interrompt brusquement un parcours de vie qui devait mener à leur retraite. Ils sont donc très éprouvés par cette incarcération car ils n'avaient

jamais pensé être un jour incarcérés. Ils ont tendance à mettre en avant un sentiment de décalage avec le milieu carcéral, en faisant mention à l'ordinaire de leur vie pré-incarcération comme le fait d'avoir eu un travail et une famille. (Touraut, 2017)

L'incarcération est très rude pour eux, particulièrement à trois niveaux. D'abord, ces détenus soulignent le fait de devoir abandonner les rôles sociaux dans lesquels ils étaient engagés au dehors. Ils rappellent qu'en raison de leur âge ils avaient des responsabilités très importantes, notamment au niveau professionnel : « Avec l'âge sont venues les responsabilités et vous les abandonnez brutalement. Il faut accepter cette surculpabilité. [...] » (Laurent, 53 ans, MA, prévenu, incarcéré depuis 6 mois, participant à l'étude, cité in Touraut, 2017)

Ensuite, la vie de tous les jours en prison est vécue avec difficulté par le fait de devoir apprendre et s'adapter aux règles du milieu carcéral. Ils souffrent notamment de la cohabitation forcée avec un codétenu, ayant souvent un parcours de vie très différent, ainsi que des comportements inhabituels pour eux. (Touraut, 2017)

Enfin, ces détenus âgés s'interrogent sur leur vie post-incarcération tenant compte des années passées en prison qui les empêchent d'avoir une activité professionnelle ordinaire ; ces détenus ressentent donc de vives inquiétudes quant à leur avenir, et notamment à l'obtention de leur retraite : « Bah, du coup, il va me manquer des années. [...] je n'aurai pas une grosse retraite. » (Agathe, 52 ans, CD, condamnée à 15 ans, incarcérée depuis 3 ans, citée in Touraut, 2017). Par-delà la retraite, leurs inquiétudes portent sur la reprise d'une activité professionnelle post-incarcération. Ils ont peur de terminer leur peine à un âge où trouver un travail peut s'avérer difficile. (Touraut, 2017)

Les détenus âgés appartenant à cette première classe identifiée dans l'étude manifestent de l'amertume, contestent leur présence en prison par le fait qu'ils ne reconnaissent pas le délit commis, qui est à l'origine de leur détention. Ces détenus soulignent en outre un vieillissement engendré par l'incarcération ; ils disent notamment que leur humeur s'est assombrie, qu'ils se sentent désormais vieux, ce qui n'était pas le cas auparavant. Selon l'auteure, l'injustice ressentie, et les conditions d'incarcération entraînent une sorte de désillusion par rapport au monde. (Touraut, 2017)

Le deuxième groupe – « Des parcours accomplis : l'acceptation des « retraités » – concerne des détenus âgés pour qui leur vie avait déjà été accomplie avant l'incarcération. Il s'agit des personnes âgées incarcérées alors qu'elles ont déjà atteint l'âge de la retraite, et qui estiment avoir mené une vie en accord avec les normes sociales, comme par exemple le fait de travailler, d'avoir eu une famille, etc. Il s'agit souvent de personnes déjà condamnées, n'étant pas en détention préventive. Dans ce groupe, il existe deux étapes : premièrement, un certain choc créé par la mise en détention, durant habituellement quelques semaines. Deuxièmement, l'élaboration d'une routine, avec quelques activités revenant régulièrement, caractérisée par une acceptation de leur situation. (Touraut, 2017). Se trouvant déjà à la retraite, il est possible que cela facilite grandement l'acceptation de leur condition. Ils font

part de leur impression d'avoir déjà réalisé leur vie, ce qui atténue la frustration de ne pas pouvoir assumer leurs responsabilités à l'extérieur. Pour eux, l'incarcération est donc moins difficile à supporter, que ce soit du point de vue social ou familial. (Touraut, 2017). Sur le plan des souhaits émis pour l'avenir, il s'agit souvent de reprendre leur vie de retraités. Ils éprouvent cependant généralement la crainte de ne pas pouvoir retourner dans les lieux où ils ont construit leur vie en raison, par exemple, d'une restriction géographique de leurs mouvements. Cela péjorerait alors complètement l'acceptation de la détention dont ils font généralement la preuve. (Touraut, 2017)

Enfin, le troisième groupe – « Des parcours empêchés : entre espoir de la « dernière chance » et renoncement » – concerne des détenus âgés qui ont généralement mené une vie peu conventionnelle ; ils ont souvent à leur actif un passé carcéral très important, caractérisé par de longues années d'incarcération ou en raison de nombreuses récidives. Ils sont particulièrement présents dans les établissements pour condamnés à de longues peines. (Touraut, 2017) Ces détenus ont passé un nombre d'années tellement important en prison qu'ils estiment ne pas avoir pu exercer pleinement les rôles sociaux attendus dans la société, professionnellement, socialement et familialement. Ils décrivent souvent le fait de n'avoir pratiquement pas vécu, ou même d'avoir eu une « non-vie ». Ce sont des détenus généralement très isolés à l'extérieur des murs de la prison. (Touraut, 2017). Ils ont donc des attentes très spécifiques quant à leur sortie, car ils aimeraient avoir la possibilité d'investir un maximum de rôles dans la vie extérieure, avant de se considérer comme trop vieux pour le faire, ou d'être trop affaiblis physiquement pour, par exemple, créer leur propre entreprise. On peut constater un décalage entre leurs attentes et celles de leurs contemporains ; ces derniers pensent souvent à la retraite, tandis que les premiers souhaitent faire un maximum d'expériences qu'ils n'ont pas pu vivre précédemment en raison de leur passé carcéral. Selon Touraut (2017), ces détenus n'ont que peu ou pas le sentiment d'être vieux, puisqu'ils n'ont pas l'impression d'avoir beaucoup vécu ; cela génère donc une difficulté à avoir conscience du temps écoulé. Certains détenus éprouvent cependant le sentiment que rien ne les attend à l'extérieur en raison du trop grand nombre d'années passées incarcérés : « [...] je refuse de sortir... Cela ne m'intéresse plus de sortir, il n'y a plus rien qui m'intéresse dehors. » (Gaston, 71 ans, CD, condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, incarcéré depuis 28 ans, cité in Touraut, 2017). Pour les détenus éprouvant ce sentiment, après avoir passé de longues années en prison, l'idée d'être relâché génère des angoisses ; ils éprouvent de grandes difficultés à se projeter dans la vie extérieure. En effet, le vieillissement en milieu carcéral est couplé avec l'habitude de vivre dans ce milieu ; ces détenus n'envisagent donc plus leur vie ailleurs.

En résumé, les résultats qui viennent d'être exposés invitent à considérer les variations de trajectoires biographiques des détenus âgés. En prendre conscience est un aspect qui peut s'avérer déterminant dans l'adéquation des réponses à apporter à leurs besoins, inquiétudes et vécus de la détention.

La seconde étude réalisée aux Etats-Unis, qui est celle de Nowotny et al. (2016), a envisagé la problématique d'une manière différente. Au contraire de l'étude de Touraut (2017), dont la démarche est qualitative, cette étude aborde les identités plurielles des détenus sous un angle quantitatif. Les auteurs ont établi quatre profils de santé associant divers poly morbidités, en les mettant en lien avec certains facteurs sociodémographiques, tels que le fait d'être un vétéran (ancien soldat), l'âge et l'appartenance communautaire (blanche et noire).

D'un point de vue ethnique, il semblerait que les détenus âgés de race blanche soient surreprésentés dans le groupe des détenus « en mauvaise santé chronique » ; c'est-à-dire, présentant le plus haut taux de maladies chroniques, ainsi que de multiples handicaps. (Nowotny et al., 2016). Les détenus âgés de race noire, quant à eux, sont concernés par les quatre profils établis, mais surtout dans la classe nommée « consommateurs de drogue et/ou alcool avec des problèmes de santé liés au comportement ». Cette classe a la particularité de présenter un taux important de maladies liées à la consommation de drogue et/ou d'alcool, ainsi que de nombreuses dépendances également. (Nowotny et al., 2016).

Un autre point important à mentionner, qui constitue une particularité des Etats-Unis, est l'impact du statut de vétéran sur la santé : 39% des détenus âgés de plus de 50 ans sont des vétérans, pour la plupart de la guerre du Vietnam. Leur proportion est donc loin d'être négligeable et ils sont surreprésentés dans deux des classes en plus mauvaise santé. (Nowotny et al., 2016) Or, une étude précédente avait déjà montré que les détenus âgés étant des vétérans présentaient des taux plus importants d'asthme, de troubles auditifs, et d'états de stress post-traumatique (PTSD) comparativement aux autres détenus âgés (Williams et al., 2010).

L'âge est également une donnée intéressante à relever. Selon les auteurs, il semblerait que la classe « en très mauvaise santé », présente la moyenne d'âge la plus basse de l'ensemble (53,7 ans). Cette classe d'âge a environ 2,5 fois plus de probabilité d'être un vétéran que dans la première classe. Ils ont également plus de probabilité d'avoir été incarcérés plus d'une fois. (Nowotny et al., 2016)

Pour ce qui est du groupe de détenus qui présente une « mauvaise santé chronique », la moyenne d'âge est la plus élevée de toutes (61 ans). (Nowotny et al., 2016). Enfin, la classe « consommateurs de drogue et/ou alcool avec des problèmes de santé liés au comportement », est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 53,9 ans, et présente un nombre d'incarcération également relativement élevé. (Nowotny et al., 2016).

Instructive, cette recherche montre l'importance de considérer les particularismes nationaux des caractéristiques sociologiques de la population âgée carcérale comme l'atteste clairement la problématique des vétérans de guerre.

Expérience de santé ou de maladie

L'expérience de santé ou de maladie est l'un des types de transition décrits par Meleis. Il regroupe le processus de guérison, le congé de l'hôpital, et un diagnostic de maladie chronique. (Meleis et Trangenstein, 1994)

En résumé, on peut donc dire que l'expérience de santé ou de maladie comprend tout état de maladie vécu par la personne, la série d'étapes par lesquelles cette personne passe dans sa recherche de la guérison, l'état de santé de celle-ci lorsque la maladie est guérie (sortie de l'hôpital), et le fait d'être atteint d'une maladie chronique. Nous avons donc regroupé ici tous les résultats extraits des études que nous avons sélectionnées lors de ce travail, pouvant être classés dans le concept « expérience de santé ou de maladie », de la Théorie de la Transition de Meleis.

5.4.2 Principaux problèmes de santé identifiés chez les détenus âgés

L'étude de Kingston et al. (2011) a pu mettre en évidence un décalage entre les pathologies physiques rapportées par les détenus et les problèmes de santé documentés dans leur dossier médical. Les problèmes de santé concernés sont les problèmes psychiatriques, cardiovasculaires, musculosquelettiques, respiratoires, génitaux, neurologiques, dermatologiques, endocriniens, gastro-intestinaux, d'audition, de vision, hématologiques, ou de cancer. Sur le cas spécifique des atteintes à la santé psychique, il a été relevé que 19,2% des détenus les mentionnent, alors que le dossier de soins ne révèle que 7% des cas. (Cf. « Les problèmes de santé mentale »). Mais les écarts peuvent aussi aller en sens inverse. Ainsi, alors que le dossier médical fait état de 9,3% de cas souffrant de troubles d'audition, 3,8% des détenus seulement affirment souffrir de ce problème. Pour ce qui est des troubles neurologiques, 5,6% des détenus disent en souffrir, mais dans les dossiers du service de santé ne sont répertoriés que 2,3% de cas. Force est donc de constater que, hormis les problèmes d'audition, davantage de troubles sont rapportés par les détenus lors de l'étude par rapport à ce qui est documenté dans leurs dossiers médicaux.

La description des problèmes sanitaires chez les détenus âgés repose dans l'article de l'étude nord-américaine de Nowotny et al. (2016), sur une typologie qui distingue trois profils majeurs dont nous livrons ci-après une synthèse. Le premier profil concerne les détenus dont les maladies sont étroitement liées à la consommation de drogue et/ou alcool, débouchant aussi sur des problèmes de comportement. C'est également dans cette classe de détenus que sont observés des taux élevés de HIV (3,5%) et d'hépatites (27,3%). (Cf. « Les problèmes de santé mentale »)

Le profil suivant est celui de détenus ayant une mauvaise santé chronique avec de multiples handicaps, souffrant de traumatismes et de blessures. Au niveau des maladies chroniques, ce profil présente le

plus haut taux de prévalence concernant cinq des sept maladies chroniques, incluant le cancer (10,1%), l'hypertension (60%), le diabète (30,1%), les problèmes cardiaques (40,1%) et les problèmes de rein (12,4%). Ils présentent également le deuxième plus haut taux de prévalence concernant l'asthme (17,7%) et l'arthrose (65,2%). Par rapport aux handicaps, un tiers de ces détenus souffre de déficits visuels et auditifs, avec environ un quart requérant une aide dans la vie de tous les jours, comme une canne ou un tintébin. Finalement, ces détenus présentent des taux élevés de blessures accidentelles (28,3%), de blessures intentionnelles durant leur détention (14,5%) et de traumatismes d'enfance (12,7%). Dans cette classe, dont la moyenne d'âge est de 61 ans, les détenus affichent une santé médiocre surtout en raison du vieillissement ; ils sont peu touchés par les maladies liées à la drogue et/ou l'alcool, et par les troubles psychiques.

Le troisième profil de détenus se caractérise par une très mauvaise santé résultant d'une multitude de facteurs. A l'exception du cancer, du HIV et des maladies sexuellement transmissibles, ces détenus présentent les plus hauts taux de toutes les maladies. C'est le cas, par exemple, de la cirrhose (14,8%), et des quatre handicaps retenus dans le cadre de cette étude. En effet, pratiquement la moitié de ce groupe de détenus présente des déficits visuels et auditifs, y compris avec l'utilisation d'une aide (lunettes, appareillages). C'est également la seule classe présentant des déficits cognitifs, avec un tiers rapportant ce type de trouble. Au niveau de la santé mentale et des comportements problématiques, la prévalence des troubles est la plus élevée dans ce groupe de détenus excepté pour l'injection de drogue qui reste cependant élevée avec un pourcentage de 53,5%. (Cf. « Les problèmes de santé mentale »). De façon surprenante, compte tenu du phénomène observé d'une poly morbidité sérieuse, ce groupe a une moyenne d'âge significativement plus jeune (53,7 ans). Au niveau du parcours carcéral, ce sont des détenus qui ont été incarcérés plus d'une fois. Notons néanmoins que cette classe ne représente que 7,9% de l'échantillon ; cela étant, elle est aussi celle qui nécessite un traitement substantiel et complexe en raison des multiples poly morbidités constatées.

Tournons-nous à présent sur les études qui sont davantage focalisées sur les handicaps liés à la vieillesse et au syndrome gériatrique, comme l'étude de Williams et al. (2009). Dans celle-ci, les agents de détention interrogés ont constaté que certains détenus rencontrent des difficultés dans leur quotidien. Néanmoins, cela représente uniquement un taux de 5% des prisonniers connus (20 détenus sur 407). Le plus fréquemment détecté est un handicap pour se laver (4%) et se mobiliser (3,2%). Concernant les syndromes gériatriques, les agents de détention ont fait état de 18,6% de cas de déficience au niveau de la mobilité, de 6,4% de déficience auditive, 4,8% des détenus ont fait des chutes durant l'année précédente, 3,3% souffrent d'incontinence, et 6,5% de déficits mnésiques. Les agents de détention ont par ailleurs identifié 3,1% de prisonniers âgés (qu'ils connaissent personnellement) qui éprouvent un sentiment d'insécurité dans leur unité et ils estiment que 16,5% d'entre eux aurait besoin d'un transfert dans une unité susceptible de leur prodiguer des soins plus

élaborés. Nous y reviendrons plus loin à l'aide de l'exemple d'un détenu âgé de 63 ans atteint de la maladie de Parkinson (Cf. « Les besoins des détenus âgés »).

Un autre aspect qui figure dans les résultats de cette étude est la concordance entre l'évaluation des agents de détention et le rapport du California Department of Corrections and Rehabilitation (CDCR) concernant les handicaps liés à la vieillesse. Globalement, les agents de détention ont détecté des taux plus élevés de handicaps liés à la vieillesse que dans les rapports du CDCR. A titre d'exemples significatifs, les officiers ont détecté 18,6% de déficience de mobilité contre 13,3% pour le CDCR, 3,6% de déficience visuelle contre 4,8% pour le CDCR, 6,4% de déficience auditive contre 4% pour le CDCR, 1,5% de déficience langagière contre 0% pour le CDCR, enfin, 8,9% d'utilisation de fauteuils roulants contre 3,8% pour le CDCR. Seul le taux de la déficience visuelle est supérieur dans le rapport du CDCR. De plus, l'étude mentionne le cas d'un détenu âgé de 70 ans vis-à-vis duquel les rapports du CDCR ne mentionnent aucun handicap lié à la vieillesse alors même qu'il est désigné comme étant à haut risque par son agent de détention en raison de forts déficits mnésiques ; ce détenu se perd dans les couloirs en rentrant à sa cellule, oublie de prendre ses médicaments, oublie qu'il est en prison. En l'occurrence, les faibles taux d'incapacité rapportés par le CDCR reflètent probablement une pratique évaluative peu fréquente.

Ces différentes études nous montrent non seulement une prévalence très élevée de problèmes de santé et handicaps en tout genre, mais également, dans deux de ces études, un taux souvent plus bas de pathologies référencées par rapport à celui détecté lors de l'étude (Cf. « Les besoins des détenus âgés »).

5.4.3 Les problèmes de santé mentale

Un certain nombre d'auteurs se sont également intéressés aux différents troubles psychiatriques récurrents chez les détenus âgés en prison.

La recherche réalisée par Kingston et al. (2011), a démontré que la prévalence de la dépression est de l'ordre de 59.3% parmi les prisonniers ayant eu un antécédent de troubles psychiatriques, et de 66,7 % chez les incarcérés suite à un acte de violence. Dans l'ensemble, 75% des détenus ayant plus de 65 ans présentent ce diagnostic. Il a été également relevé que seulement 18% des prisonniers diagnostiqués d'une dépression suite à l'évaluation avec l'échelle (assistée du logiciel) GMS-AGECAT (échelle évaluant l'état mental des personnes âgées) ont une prescription médicale de médication psychiatrique (antidépresseurs) de la classe appropriée. De plus, une fois encore, on peut observer un décalage entre ce qui est rapporté par les détenus et ce qui figure dans le dossier médical. En effet, 19,2% des détenus évoquent avoir des troubles psychiatriques et uniquement 7% des cas est identifié et documenté dans le dossier de soins. Les auteurs ont également comparé leurs résultats avec une autre étude qu'ils ont recensée (Fazel et al. 2001) et qui fait état d'un taux de dépression élevé ; il s'agit de la maladie

psychique majoritaire dans les deux études. Le taux a cependant baissé de 2001 à 2011. A propos de l'état de santé psychique des détenus âgés, il semblerait que la dépression n'est pas liée à une mauvaise santé physique. De plus, les prisonniers incarcérés suite à des délits sexuels ont moins de probabilité de développer une dépression. Effectivement, il semblerait que 63,6% des prisonniers enfermés suite à des délits sexuels ne développent pas ce diagnostic.

Exposé précédemment, les résultats obtenus par Nowotny et al. (2016), mettent en avant une classe de détenus âgés ayant un taux important de maladies liées à la consommation de drogue et/ou d'alcool avec des problèmes de santé liés au comportement. Les taux de HIV (3,5%) et d'hépatites (27,3%) au sein de cette classe sont élevés. Les détenus de cette classe ont également des problèmes de santé liés au comportement, incluant la dépendance à une substance (56,6%), l'injection de drogue (64,6%), les blessures intentionnelles (16,6%), et les blessures accidentelles (20,8%).

De plus, comme relevé précédemment, dans l'étude figure un autre profil de détenus âgés nommée « en très mauvaise santé ». Au niveau psychique, plus de la moitié de ces détenus âgés présentent une dépression, un tiers présente un syndrome post-traumatique, et trois quarts ont une dépendance à une substance. Les taux de blessures intentionnelles sont relativement hauts (22,9%), et 35,7% souffrent de blessures accidentelles durant leur incarcération. Pratiquement un tiers ont souffert d'abus sexuels et de violence physique durant leur enfance.

On peut donc constater que les troubles psychiatriques sont très fréquents chez les détenus âgés, avec comme diagnostic le plus commun la dépression.

5.4.4 Les besoins des détenus âgés

Les conclusions auxquelles parviennent de nombreux auteurs dans leurs études, est que les détenus âgés ont des besoins très spécifiques en matière de santé ; or, certains résultats montrent que ces besoins ne sont pas totalement satisfaits, et que des adaptations globales seront sans doute nécessaires dans le futur, afin de pouvoir proposer des solutions à cette population qui augmente d'année en année. (Nowotny et al., 2016)

L'étude de Kingston et al. (2011) rapporte notamment des failles au niveau de l'évaluation de la prévalence des pathologies des détenus âgés, qu'elles soient psychiatriques, ou somatiques. En effet, selon les auteurs, il semblerait que les cas de dépression soient sous-évalués (Cf. « Les problèmes de santé mentale »). Il en va de même avec les problèmes de santé physique. Ils parviennent à cette conclusion lorsqu'ils confrontent les troubles rapportés par les détenus eux-mêmes qui s'avèrent être plus importants et variés que ceux sont reportés dans leur dossier médical.

Ces conclusions sont confirmées par une autre étude, qui, quant à elle, a abordé la problématique du point de vue des agents de détention. Les résultats montrent notamment que les agents de détention ne

connaissent souvent pas la totalité des détenus dont ils ont la garde ; par conséquent, ils ne connaissent pas forcément leurs problèmes de santé non plus. L'étude souligne notamment que 211 prisonniers âgés (issus de l'échantillon total, qui était de 618 détenus âgés) étaient inconnus de leur agent de détention, ce qui équivaut à près d'un tiers de l'échantillon sélectionné. (Williams et al., 2009)

Par ailleurs, les auteurs mettent également en évidence que malgré une nécessité d'améliorer la détection des pathologies chez les détenus âgés par les agents de détention, les taux de pathologies qu'ils ont identifié sont cependant supérieurs à ceux rapportés dans le rapport du CDCR (Département de correction et de réadaptation de Californie). (Williams et al., 2009)

Touraut (2017), aborde la question des besoins de détenus âgés sous un autre angle, à savoir celui de la forte vulnérabilité de cette population. En effet, les résultats de cette étude font état d'un sentiment de faiblesse exacerbé des détenus âgés face à la population carcérale globale, et de l'existence de phénomènes d'abus, tels que le racket, par exemple. Selon l'auteure, ces faits participent à instaurer un climat d'anxiété, et une problématique d'isolation chez les détenus âgés. En témoigne cet extrait issu d'un entretien que la sociologue française a réalisé :

« Je m'isole, pas complètement mais par exemple je n'ose pas aller dans la cour [...] » (Brigitte, 62 ans, CD, condamnée à 10 ans, incarcérée depuis 4 ans, participante à l'étude).

La question de l'adéquation de l'incarcération avec certains états de santé graves des détenus peut également être posée. Dans une étude, un agent de détention a évoqué l'exemple d'un détenu âgé de 63 ans atteint de la maladie de Parkinson qui aurait besoin d'une assistance massive ; dès lors, il estimait que sa place était davantage dans un EMS que dans une prison. (Williams et al., 2009)

Conditions de transition facilitantes ou entravantes

Schumacher et Meleis (1994), décrivent les conditions relatives à une transition. Selon ces auteurs, les conditions dans lesquelles se trouvent la personne peuvent influencer sa transition de deux manières : elles peuvent la faciliter ou l'entraver. Ces conditions de transition peuvent donc être comprises comme étant des circonstances ayant la capacité d'influencer le processus de transition d'une personne, positivement ou négativement. Les conditions d'une transition sont comprises dans trois groupes distincts : les facteurs personnels, communautaires et sociétaux. (Allgood, 2013)

Dans les prochaines rubriques, sont décrits les résultats extraits des études que nous avons sélectionnées lors de ce travail, pouvant être classés dans le concept « Conditions facilitantes ou entravantes », de la Théorie de la Transition de Meleis.

Les obstacles posés par l'environnement de la prison

Comme mentionné auparavant, l'architecture des prisons comporte des obstacles majeurs pour les détenus âgés, auxquels il faut rajouter les particularités de l'environnement social et les obstacles psychologiques. Il est donc important de distinguer ces différents aspects, et d'en étudier l'impact sur les conditions d'incarcération des détenus âgés.

5.4.5 L'environnement matériel

Quatre articles que nous avons sélectionnés mentionnent des résultats directement liés à l'environnement matériel de la prison.

Par exemple, l'étude de Touraut (2017), montre que les détenus âgés évitent parfois certains endroits dont l'accès leur est difficile en raison de leur état de santé. En effet, il semblerait que les détenus âgés éprouvent des difficultés importantes lorsqu'ils doivent marcher, rester en station debout, utiliser les escaliers, par exemple. L'auteure souligne donc dans ces résultats une certaine inadaptation des infrastructures de l'espace carcéral.

« [...] - Et vous avez des difficultés pour marcher, parfois ?

Bah parfois oui, ça se coince au niveau de ma hanche, je suis obligée de m'arrêter. »

(Agathe, 52 ans, condamnée à 15 ans, incarcérée depuis 3 ans, participante à l'étude, citée in Touraut, 2017).

Un exemple frappant, mis en avant dans une autre étude, vient confirmer ces constatations. Il semblerait, selon les auteurs de cette étude, que dans une prison des USA, un détenu de 73 ans présente un handicap limitant sa mobilité, et soit malgré tout assigné à un lit en hauteur. (Williams et al., 2009)

L'étude de Nowotny et al. (2016), vient renforcer les résultats mentionnés ci-dessus. Selon les auteurs, il semblerait que l'environnement carcéral ne soit pas modifié afin de devenir plus fonctionnel pour les détenus âgés. Ainsi, certains détenus éprouveraient des difficultés à s'engager dans certaines activités de la vie quotidienne (devoir accéder à la couchette supérieure, ou se coucher sur le sol à cause d'une alarme). Ceux qui ont un handicap visuel et/ou auditif sont confrontés à des incompréhensions quant aux ordres qu'ils doivent suivre, ce qui augmente le risque d'être victimes de violences et d'être accusés de ne pas respecter les règlements. Par ailleurs, les auteurs soulignent également le taux élevé de blessures chez les détenus âgés, qui figurent d'ailleurs dans le top 10 des causes de mortalité chez cette population. (Nowotny et al., 2016)

Dans l'étude de Heideri et al. (2017), les auteurs relèvent également une inadaptation de l'espace en mentionnant les conditions auxquelles se confrontent les détenus dans leurs cellules. Il semblerait en effet que les divers troubles dont peuvent souffrir les détenus âgés puissent être majorés par certaines particularités des cellules, dont l'humidité et le froid fréquents en hiver. Il en résulte une aggravation de pathologies telles que l'arthrose, dont de nombreux détenus âgés souffrent, plus difficile à supporter dans ces contextes, car ils provoquent une augmentation des douleurs ressenties.

Selon une autre étude, l'inadaptation des structures carcérales s'étend aussi à l'espace de travail des détenus. Les emplois proposés sont fréquemment très physiques, nécessitent de la force, ou de rester en station debout d'une manière prolongée ; or, selon l'auteure, ces activités peuvent s'avérer difficiles à réaliser pour un détenu de cinquante ans ou plus. C'est ce qu'il ressort d'un entretien qu'elle a réalisé : « J'étais à l'atelier palettes et comme j'ai un handicap à la jambe gauche, tout s'est bloqué, je suis tombé. J'ai marché avec des béquilles durant quatre, cinq mois. [...] »

(Bertrand, 50 ans, CD, condamné à 30 ans, incarcéré depuis 19 ans, participant à l'étude).

L'auteure souligne par ailleurs que l'absence d'emploi véritablement adapté aux détenus âgés accroît la sédentarité de ces derniers de manière significative, ce qui nuit également à leur état de santé. (Touraut, 2017)

Trois points importants touchant à l'environnement matériel de la prison sont encore relevés dans le cadre de l'étude de Heideri et al. (2017). Il s'agit des règles de sécurité limitant l'autonomie des prisonniers âgés dans la gestion de leur santé, des horaires du service médical rendant son accès parfois ardu, et le manque de traitements au niveau des soins dentaires.

Concernant le premier point, il semblerait que certains objets à but médical soient parfois interdits en cellule d'isolation pour une raison de sécurité ; les auteurs mentionnent par exemple les glucomètres, ainsi que les auto-piqueurs, permettant aux détenus âgés atteints de diabète de surveiller leur glycémie. Ceci diminue bien évidemment la capacité des détenus à gérer au mieux leurs pathologies. (Heideri et al., 2017)

Dans cette étude, les horaires du service médical sont également cités comme étant un obstacle conséquent ; en effet, les services médicaux des prisons suisses fonctionnent sur un mode ambulatoire, c'est-à-dire que l'accès aux soins n'est garanti que pendant certaines heures. La nuit, un système de piquet est mis en place, mais il n'y a pas de personnel soignant sur place ; durant les week-ends, le personnel soignant est présent en journée, mais les effectifs sont réduits, ce qui les rend moins disponibles.

Les résultats de cette étude montrent que certains détenus âgés estiment avoir été moins bien pris en charge en raison de ces horaires, particulièrement en raison d'une absence de médecins durant les week-ends. (Heideri et al., 2017)

Le dernier obstacle matériel mentionné dans l'étude de Heideri et al. (2017), et le manque de choix dans les traitements dentaires. Selon les résultats de cette étude, il semblerait qu'en cas d'odontalgie, la dent soit souvent arrachée, en l'absence d'autres possibilités existantes dans le cadre du milieu carcéral, ce qui peut être mal vécu par les détenus.

Ces nombreux résultats montrent une multiplicité d'obstacles matériels pour les détenus âgés, compliquant leur quotidien, et péjorant ainsi leur qualité de vie.

5.4.6 L'environnement social

Quatre des études que nous avons retenues dans le cadre de ce travail traitent de l'aspect de l'environnement social auquel sont confrontés les détenus âgés. Comme nous allons voir, les résultats de ces études illustrent de quelle manière cet environnement influence de manière essentielle leur quotidien et leur santé.

Précédemment, nous avons déjà abordé le fait que de nombreux détenus âgés ne sont pas connus de leurs agents de détention. Cela engendre des situations problématiques surtout pour les détenus atteints de déficits les handicapant sévèrement dans la vie de tous les jours (Williams et al., 2009). Pourtant, rappelons que selon ces auteurs, les agents de détention ont pu désigner 41 détenus qu'ils considèrent comme étant à haut risque. (Williams et al., 2009). C'est dire l'importance pour un détenu âgé d'entretenir des relations avec des gardiens susceptibles d'alerter les professionnels des services sanitaires. Ces prisonniers identifiés par les agents sont en moyenne plus âgés que dans l'échantillon des 618 détenus âgés tirés aléatoirement (moyenne d'âge de 66,7 pour les 41 détenus, et de 61,7 pour les 618 détenus). Ils ont également davantage de probabilité d'avoir un handicap dans la vie quotidienne (22% des 41 détenus en ont, contre 5% des 407 détenus de l'échantillon aléatoire, connus de leur agent de détention), ainsi que des déficiences de la mobilité, visuelles, auditives, de l'incontinence ou des occurrences de chutes ; beaucoup de ces prisonniers identifiés comme à hauts risques ont également plus d'un syndrome gériatrique associé. (Williams et al., 2009)

Ces résultats appuient le fait que le quotidien et l'état de santé des détenus âgés peut fortement être modifié par le fait qu'ils soient connus de leur agent de détention, puisque ceux-ci sont en première ligne et peuvent donc signaler leurs éventuelles difficultés. (Williams et al., 2009)

Réalisée en France, l'étude de Touraut (2017), aborde la question de l'environnement social cette fois-ci sous l'angle du rapport des détenus âgés avec les détenus plus jeunes. À la différence de la précédente étude, l'attention porte davantage sur la perception qu'ont les détenus âgés d'eux-mêmes et

des autres, de leur quotidien et leur état de santé. Selon l'auteure, les détenus âgés expriment en général un sentiment exacerbé de décalage avec les « autres », ceux qu'ils considèrent comme « les jeunes ». Cela ne veut pour autant pas dire que ces détenus âgés se qualifient eux-mêmes de « vieux » ; cependant, ils utilisent quand même un critère d'âge pour se différencier des autres. (Touraut, 2017)

Particulièrement chez les détenus âgés qui entrent en prison à un âge déjà avancé, l'auteure constate une insistance chez eux sur le fait qu'ils ne feraient pas vraiment partie du monde carcéral. Afin d'étayer le décalage qu'ils ressentent, ils mettent en avant la violence, le peu d'éducation et la consommation de drogues qu'ils associent aux jeunes détenus. (Touraut, 2017) Pour les détenus âgés ayant déjà un passé carcéral, et donc une expérience de la vie en prison, l'accent est davantage mis sur le fait qu'ils considèrent que les détenus plus jeunes ne respectent plus, comme c'était le cas par le passé, les codes moraux inhérents, selon eux, à l'univers carcéral. (Touraut, 2017). Cette vision reflète en partie une idéalisation des rapports carcéraux qui auraient existé il y a quelques années ; ce phénomène leur permettrait donc de se percevoir d'une manière positive, de marquer ainsi les différences existantes entre eux et les « autres », c'est-à-dire les « jeunes ». Il est important de souligner que cette tendance existe également au sein de la population libre ; les personnes âgées ont tendance à tenir des propos critiques quant à l'évolution de la société qu'elles perçoivent de manière négative au niveau comportemental et du déclin des codes de conduite. Selon Touraut (2017), ce phénomène est nommé « sentiment d'étrangeté au monde » par les sociologues. Les résultats de sa recherche soulignent de manière générale que les détenus âgés mettent fortement en avant des relations positives avec le personnel de surveillance de la prison. Cela constitue une différence supplémentaire entre eux et « les jeunes » qui sont plutôt dans une relation d'opposition et de contestation vis-à-vis des surveillants et de l'institution carcérale en général.

Un autre aspect de l'environnement social des détenus âgés mis en évidence dans cette étude mérite d'être souligné. Il s'agit du fort sentiment de vulnérabilité que les détenus âgés ont tendance à ressentir en comparaison aux détenus plus jeunes ; en leur présence, ils déclarent fréquemment ne pas se sentir en sécurité car se trouvant « en position de faiblesse ». Selon les dires de certains détenus, il existerait même des phénomènes d'abus et d'intimidation pour obtenir des biens (cigarettes ou autres). (Touraut, 2017)

Malgré qu'il soit difficile de savoir si les détenus âgés sont touchés d'une manière plus importante par ces phénomènes de violence que d'autres minorités au sein de l'univers carcéral, toujours est-il que leurs témoignages attestent d'un climat d'anxiété. Il en résulte potentiellement une tendance à l'isolement, comme il ressort dans les entretiens réalisés dans cette étude :

« [...] Je laisse même plus la porte ouverte tellement j'ai peur ». (Suzanne, 52 ans, CD, condamnée à 11 ans, incarcérée depuis 8 ans, participante à l'étude).

Cette vulnérabilité chez les détenus âgés est de surcroît exacerbée par leur affaiblissement physique. Fait bien connu, dans le milieu carcéral « avoir un corps musclé permet de se positionner dans un rapport de domination » ; or, ce sont davantage les détenus plus jeunes qui peuvent le faire valoir. « En prison, les détenus sont considérés comme âgés dès lors qu'ils ne sont plus à même de rentrer dans le jeu de la loi du plus fort à cause de leur affaiblissement corporel » (Touraut, 2017).

Une autre réalité semble accroître ce sentiment de vulnérabilité chez la population des détenus âgés concernés par les crimes à caractère sexuel. Ces raisons d'incarcération sont en règle générale très mal vues dans la population carcérale qui les considère comme « les plus infamants ». En guise de représailles, les auteurs de crime à caractère sexuel peuvent ainsi être victimes de violence, ce qui renforce leur stigmatisation. Les détenus âgés concernés par ce problème (« punis » par les autres détenus) ont donc une tendance accrue à s'isoler, par peur de cette association faite entre leur âge et ce type de délit, redoutant alors les violences qui pourraient en découler. (Touraut, 2017)

Il semblerait cependant, selon l'auteure, que ce sentiment de vulnérabilité soit atténué chez les détenus âgés ayant déjà passé de longues années en prison. En raison d'un passé carcéral conséquent, ils finissent par gagner du respect au sein de la population de la prison. En revanche, le sentiment de vulnérabilité est plus haut dans les « maisons d'arrêts », c'est-à-dire en cas d'incarcération en préventive (détention avant jugement). (Touraut, 2017)

L'étude de Heideri et al. (2017), menée en Suisse, fait émerger une autre facette liée à l'environnement social des détenus âgés, à savoir leurs relations avec l'équipe soignante. La perception de celle-ci est assez mitigée. Certains détenus ont l'impression qu'ils doivent s'imposer au personnel du service médical afin d'obtenir les soins dont ils pensent avoir besoin. Voici à titre illustratif une citation tirée d'un entretien réalisé au cours de cette étude qui évoque les inégalités dues aux personnalités des détenus :

« [...] Je suis une personne qui a tendance à se mettre en avant, et la plupart du temps, cela fonctionne. [...]. Mais si quelqu'un d'autre ne peut pas faire cela, j'imagine qu'il court à sa perte ». (Roman, détenu participant à l'étude, cité in Heideri et al., 2017, p. 226 [traduction libre])

De plus, certains détenus rapportent qu'ils ont l'impression que les soignants du service médical ont une perspective très étroite de l'observation clinique et se limitent à la fièvre comme indicateur de la présence, ou non, d'une maladie. « On est malades si on a de la fièvre, sinon, on n'est pas malades. Et ils nous envoient au travail, si on refuse, on est enfermé dans la cellule d'isolation ». (Michael, détenu participant à l'étude, cité in Heideri et al., 2017, p. 226 [traduction libre]).

L'environnement social ne se circonscrit pas seulement à ce qui se passe au sein de la prison mais touche également l'univers qui attend le détenu après sa libération. Cet aspect, essentiel, est traité dans la recherche de Nowotny et al. (2016). Les auteurs s'intéressent particulièrement aux difficultés que rencontrent les détenus relâchés par rapport à l'accès aux soins. Les difficultés sont d'autant plus

importantes lorsque la durée de la peine a été longue, que les détenus âgés sont des consommateurs de drogues et qu'ils réintègrent des communautés désavantagées sur le plan socio-économique ne bénéficiant que de peu de ressources au niveau des services de soins. (Nowotny et al., 2016).

De plus, lorsque la peine s'étend sur plusieurs années, les changements survenus entre-temps au niveau des institutions, des services de soins et même du réseau social et familial des détenus sont déroutants ; les détenus âgés sortis de prison ne bénéficient donc plus des repères qu'ils possédaient avant leur incarcération, ce qui rend la réintégration dans la société et l'accès au système des soins plus difficile. (Nowotny et al., 2016). Dans ces situations de retour à la vie civile, les auteurs mentionnent enfin une stigmatisation qui frappe en particulier les détenus âgés ayant effectué de longues peines ou commis un crime grave. Preuve en est, du moins dans le contexte des Etats-Unis, ces derniers se confrontent à des refus de la part de foyers pour personnes âgées au moment où l'institutionnalisation relève de la nécessité. (Nowotny et al., 2016)

5.4.7 Les obstacles psychologiques

Qu'en est-il des entraves psychologiques qui peuvent influencer l'accès aux soins ?

En Suisse, Heideri et al. (2017), constatent qu'il existe chez les détenus âgés des barrières psychologiques freinant leur usage du service médical carcéral. Ce phénomène est, à vrai dire, en continuité avec une attitude préexistante qui consiste chez certains à retarder leur recours aux soins, à attendre et voir comment le problème de santé évolue. Les personnes ayant cette attitude ne font appel à leur médecin que s'ils y sont vraiment obligés, et ils font de même au sein de la prison. Voici deux citations tirées de l'étude qui l'illustrent : « [...] Je n'ai jamais été quelqu'un qui aimait aller facilement chez le médecin. [...] Même si j'avais quelque chose, je n'irais pas de toute façon. » (Ralph, détenu participant à l'étude, cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre]). Dans de nombreux cas, ces détenus préfèrent attendre d'être libérés avant d'aller se faire traiter.

Une autre raison psychologique qui tend à retenir les détenus âgés de faire appel au service médical est le manque de confiance qu'ils manifestent envers celui-ci. C'est par exemple le cas de Tim, un détenu interviewé qui déclare : « Si j'avais besoin d'une intervention chirurgicale, j'irai chez le docteur en qui j'ai confiance et non chez quelqu'un en prison. [...] » (cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre])

La troisième et dernière raison qui freine le recours aux soins renvoie aux situations qui nécessitent un transfert dans un hôpital externe. Pour des raisons de sécurité inhérentes aux règles carcérales, le transport à l'extérieur de la prison requiert que le détenu porte des menottes. Du point de vue de l'image de soi dans l'espace public, cette obligation est difficilement supportée par beaucoup d'entre eux. Cela les freine donc lorsqu'ils font face à un problème de santé qui nécessite un transfert. Voici à

ce propos le témoignage d'Alister, participant à l'étude, qui dit : « Vous pouvez vous soucier de la sécurité, bien sûr mais pour retenir un être humain comme ça, qui ne peut déjà pas bouger de toute façon, je ne comprends pas. [...] » (cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre])

Les auteurs mettent également en avant quatre dimensions négatives, relevées par les détenus âgés, qui permettent de comprendre par d'autres moyens pourquoi ils peuvent hésiter à se faire soigner. La première est leur l'impression qu'ils vont être accusés de « faire semblant » d'être malades pour s'extirper momentanément des conditions carcérales ordinaires. C'est ce qui ressort du témoignage de Michael, un détenu ayant participé à cette recherche : « [...] si vous allez au service médical, vous êtes considéré dès le départ comme étant un menteur. » (cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre]). S'ils craignent d'être accusés de « simuler » leur maladie, c'est parce que les détenus âgés semblent eux-mêmes ne pas apprécier que d'autres soient tentés de se comporter de la sorte ; ils ne veulent donc pas être assimilés à ce genre de « stratégies ». (Heideri et al., 2017)

La deuxième dimension négative qui ressort de l'étude porte sur une éventuelle punition de la part des surveillants auprès de ceux qui refusent de prendre les médicaments prescrits suite à une visite au service médical. Certains se débarrassent de la médication (notamment par le biais des toilettes), ce qui n'est pas permis dans les règles du pénitencier. (Heideri et al., 2017)

L'aspect financier constitue la troisième contrainte relevée dans les entretiens. En effet, lorsque les détenus sont mis en arrêt maladie, à la suite à leur visite au service médical, ils perdent une partie du salaire qu'ils gagnent en travaillant au sein de la prison. L'un des détenus interviewés, Roman, l'explique clairement : « Si vous êtes malade, vous n'avez que la moitié de votre salaire et c'est toujours immédiatement déduit. » (cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre])

Finalement, les détenus craignent d'être placés en cellule d'isolation sous prescription médicale. Cette cellule ne comporte aucun moyen de se distraire (télévision, livres, etc.) et les détenus n'ont pas le droit de fumer. De ce fait, ils supportent généralement assez mal d'être mis dans cette cellule, perçue comme un second emprisonnement au sein même de l'établissement pénitencier. « Pas de télévision, absolument rien, rien à fumer. Tu es juste allongé sur le lit. [...] C'est la raison pour laquelle les gens sont le plus souvent malades pour un seul jour, ils veulent sortir de là-bas, vous savez », déclare Thomas, participant à l'étude. (cité in Heideri et al., 2017, p. 225 [traduction libre]).

En somme, nous venons de voir que les mécanismes psychologiques qui peuvent expliquer des réticences fortes chez les détenus à solliciter des traitements ou à suivre ceux qui sont prescrits sont très divers.

Évaluation du rôle de soutien et de suppléance

Dans la Théorie de la transition de Meleis, il existe trois types d'actions thérapeutiques infirmières pouvant être mises en place ; l'une d'entre elles est le rôle de soutien et de suppléance. (Aubin et Dallaire, 2008) Dans ce rôle, il s'agit de déterminer quels sont les besoins en matière de soutien et de suppléance de la personne en transition, afin que cette dernière puisse s'effectuer de manière positive. Suite à cette évaluation, il s'agit ensuite de mettre en place des interventions adéquates en collaboration avec la personne, afin de favoriser la transition. (Aubin et Dallaire, 2008)

Les résultats extraits des études que nous avons sélectionnées lors de ce travail, pouvant être classés dans le concept « évaluation du rôle de soutien et de suppléance », de la Théorie de la Transition de Meleis, sont présentés ci-dessous.

5.4.8 Traitements et thérapies

Les traitements et les thérapies sont un sujet qui a peu été traité dans les études que nous avons retenues durant ce travail. La plupart des recherches que nous avons trouvées traitent les conditions de vie des détenus âgés, et les problèmes qu'ils rencontrent, à une multitude de niveaux. Cependant, paradoxalement, les traitements ne sont que peu abordés.

Les articles que nous avons consultés révèlent cependant certains aspects relatifs à ce thème. Ainsi, comme déjà évoqué, dans l'étude de Williams et al. (2009), les agents de détention estiment que certains détenus âgés ayant des déficits importants devraient être dans un EMS plutôt que dans une prison. Le problème pointé ici est une inadéquation fondamentale entre l'établissement et les handicaps propres au vieillissement.

Un autre aspect pouvant être présenté est que les règles qui président au fonctionnement des prisons peuvent s'avérer incompatibles avec les traitements. C'est ce qui ressort de l'étude de Heideri et al. (2017), lorsqu'il est question de la cellule d'isolation où, parfois, certains objets à but médical ou hygiénique sont bannis. Il en va ainsi des glucomètres pour les diabétiques ainsi que le liquide pour lentilles, ou des ballons de gymnastique pour la physiothérapie qui sont interdits pour des raisons de sécurité (Cf. « l'environnement matériel »). Comme présenté plus haut, les détenus trouvent que les soins dentaires sont limités à une offre basique, et très peu individualisée. En outre, il semblerait que ce service manque de traitements adaptés. (Cf. l'environnement matériel).

Cela étant, au niveau psychiatrique, l'étude de Kingston et al. (2011), a démontré que les détenus présentant un diagnostic de dépression reçoivent généralement une prescription médicale adaptée (antidépresseurs), malgré certains manquements occasionnels (Cf. « Les problèmes de santé mentale »). Pour leur part, Nowotny et al. (2016), notent que lorsque des détenus âgés présentent des

antécédents de consommation de drogue chronique, le traitement médicamenteux de la douleur s'en trouve compliqué en raison d'une accoutumance aux produits consommés.

5.4.9 Les services sanitaires et les interventions infirmières

Au fur et à mesure de nos recherches concernant le vieillissement en milieu carcéral, nous avons constaté que peu ou pas d'études prennent en compte le point de vue infirmier, ou s'intéressent aux interventions infirmières pouvant être mises en place en prison. Cependant, il ne reste pas moins qu'il est question de l'accès aux soins.

Parmi les résultats pertinents, relevons que l'étude réalisée en Suisse met en évidence le rôle clé joué par les infirmières dans l'éducation du patient relativement à sa santé, et dans le signalement de problèmes sanitaires qui nécessitent d'être vus par le service médical carcéral. Sur le plan de l'éducation auprès des détenus, l'enjeu est essentiellement préventif : agir avant que les problèmes deviennent plus graves et faire en sorte que les détenus gèrent eux-mêmes de manière adéquate leurs traitements. Aux soignants, il revient également l'information diffusée auprès des détenus âgés sur les prestations effectuées par le service de santé. (Heideri et al., 2017)

D'une manière plus large, les auteurs d'une étude américaine recommandent une plus grande sensibilisation à mettre en place auprès des professionnels de la santé lorsqu'ils prennent en charge des anciens détenus une fois sortis de prison, ceci afin de diminuer la discrimination dont ces derniers peuvent être victimes dans leur prise en charge médicale et d'augmenter leurs opportunités d'accès aux soins. (Nowotny et al., 2016)

Dans le cadre de cette même étude, l'idée est formulée d'élaborer un système d'évaluation des besoins relatifs aux handicaps fonctionnels présentés par les détenus âgés, afin de pouvoir proposer une meilleure prise en charge lorsqu'ils retournent à la vie civile. Cette recommandation va dans le sens d'une plus grande collaboration entre le personnel soignant qui travaille en milieu carcéral (réalisation d'évaluations auprès des détenus) et le système socio-sanitaire extérieur qui assure la suite des prises en charge. (Nowotny et al., 2016)

5.4.10 Recommandations pour la pratique des soins en prison

La majorité des études relèvent de manière explicite ou implicite l'implication de la profession des soins dans le milieu carcéral. A partir des recherches que nous avons lues, il est possible d'identifier des recommandations utiles pour les pratiques soignantes en prison auprès des populations âgées.

Ainsi, l'étude de Kingston et al. (2011), indique que le système de santé a non seulement tendance à se focaliser davantage sur les prisonniers plus jeunes, mais que même pour cette population les limites des ressources du système sont déjà atteintes.

Une autre étude démontre que la compréhension est un prérequis essentiel à la prise en charge adéquate de cette population spécifique. Autrement dit, si les besoins de la population des détenus âgés ne sont pas compris, ils ne peuvent guère être satisfaits. Cela mène à une péjoration fréquente de l'état de santé des détenus âgés, menant à une baisse de leur qualité de vie et à des coûts importants pour le système de santé carcéral. (Nowtony et al., 2016)

Les auteurs de la recherche menée en Suisse formulent plusieurs recommandations inspirées par leurs résultats. La première est le fait d'établir un service de soins dont les horaires seraient continus, et pas seulement au cours de la journée selon le mode organisationnel ambulatoire usuellement pratiqué. Des soignants seraient donc présents continuellement, y compris la nuit. Cela serait particulièrement utile pour les maladies chroniques souvent présentes chez les détenus âgés. Une autre recommandation des auteurs est spécifique à la profession infirmière et le rôle crucial d'éducation à la santé auprès des détenus afin que ceux-ci déclarent de manière précoce les problèmes qui les affectent. Selon les auteurs, cela nécessiterait donc de former davantage les soignants travaillant en milieu carcéral, afin qu'ils ne portent pas de jugement sur les détenus âgés cherchant de l'aide auprès du service médical (par rapport au fait de percevoir les détenus comme « simulant » une maladie). (Heideri et al., 2017)

Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle S. et Heath L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners : unrecognized and undertreated. International Psychogeriatrics, 23:8, 1354-1360

But de l'étude, cadre théorique, devis, échantillon, principes éthiques et limitations de l'étude (biais)	Méthode	Résultats	Discussion
<p>But : Prévalence des troubles psychiatriques et somatiques, incluant la dépression, chez les prisonniers âgés de sexe masculin de 50 ans et plus dans quatre prisons d'Angleterre → Déterminer si le taux de détection et de traitement de ces différents troubles s'est amélioré durant ces dix dernières années.</p> <p>Cadre théorique : Absent.</p> <p>Devis : Étude quantitative, devis descriptif.</p> <p>Échantillon : 121 détenus âgés de plus de 50 ans.</p> <p>Éthique : Participation volontaire à l'étude, confirmation de la volonté de participer par écrit. Protocole soumis à une commission d'éthique.</p> <p>Limitations (biais) : Taux de participation relativement bas (51%). Biais possible au niveau de l'échantillon → Beaucoup de détenus participant étant des AICS (Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel), qui sont moins sujets à la dépression.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations tirées des dossiers médicaux des détenus - Entretiens <p>Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatric Mental State Examination (GMSE) : évaluation de l'état mental des personnes âgées) - Mini-Mental State Examination (MMSE) : Évaluation des fonctions cognitives et de la mémoire) - Short Form 12 (SF-12) : Évaluation de la qualité de vie relativement à des pathologies psychiatriques et/ou somatiques) 	<p>Les facteurs de risque de la dépression :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédent de troubles psychiatriques (59,3% des détenus ont un diagnostic de dépression) 2. Incarcération suite à un acte de violence (66,7%) 3. Avoir plus de 65 ans (75%) <p>L'utilisation de la médication psychiatrique</p> <p>18% des prisonniers démontrant un diagnostic de dépression suite à l'évaluation avec GMS-AGECAT ont une prescription médicale de médication psychiatrique (antidépresseurs) de la classe appropriée.</p> <p>L'état de santé physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - 43,8% des prisonniers → Prescription médicamenteuse pour des troubles somatiques. - 171 cas de problèmes physiques, d'après 93 dossiers de détenus (1,8 problème de santé par prisonnier). - 265 problèmes de santé physiques sont rapportés, d'après 117 prisonniers (2,26 problèmes par prisonnier). 	<p>Comparaison des résultats avec la recension des écrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de dépression élevé (trouble majoritaire) en concordance avec l'étude de Fazel et al. (2011). <p>Conséquences des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de problèmes psychiatriques et somatiques ne sont pas détectés chez les détenus âgés ; ne garantit pas une prise en soins adéquate. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assigner davantage de ressources à la prise en soins des détenus âgés. - Réévaluation de l'échelle MMSE concernant les détenus âgés (ajustement du seuil de diagnostic de la démente, pour éviter que celle-ci passe inaperçue dans les prisons). - Effectuer des études similaires chez les détenus âgés de sexe féminin.

Williams, B., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R., et Walter, L. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of

disability in geriatric prisoners. Journal of the American Geriatrics Society, 57 : 1286-1292

But de l'étude, cadre théorique, devis, échantillon, principes éthiques et limitations de l'étude (biais)	Méthode	Résultats	Discussion
<p>But : Évaluer la capacité chez les agents de détention à repérer les handicaps liés à la vieillesse chez les détenus âgés, et comparer leurs conclusions aux rapports du département de correction et de réadaptation de Californie (CDCR).</p> <p>Cadre théorique : Absent.</p> <p>Devis : Étude quantitative, devis descriptif.</p> <p>Échantillon : 71 agents de détention rattachés à 618 prisonniers âgés. Un ajout de 41 cas de détenus âgés a été fait à l'échantillon.</p> <p>Éthique : Les agents de détention ont participé à l'étude de façon anonyme et de manière volontaire. Protocole non soumis à une commission d'éthique.</p> <p>Limitations (biais) : L'information sur la durée de l'affectation de chaque agent n'a pas été recueillie de sorte qu'il n'a pas été possible de déterminer si la durée de l'affectation était associée à la connaissance du statut d'invalidité. De plus, il faudrait pouvoir comparer le rapport de l'agent et l'auto-évaluation du handicap par le détenu ; or, les détenus n'ont pas du tout été questionnés au sein de cette étude.</p>	<p>Méthode : Questionnaire distribué aux agents de détention, et comparaison avec le rapport du CDCR (rapport du département de correction et de réadaptation de Californie).</p>	<p>1. La connaissance des prisonniers âgés par leur agent de détention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 211 détenus âgés (près d'un tiers de l'échantillon) étaient inconnus de leurs agents de détention. - Les prisonniers légèrement plus âgés ont plus de probabilité d'être connus de leur agent de détention. <p>2. Détection des handicaps liés à la vieillesse et les syndromes gériatriques par les agents de détention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents de détention n'ont détecté que chez 5% des prisonniers connus (20 détenus sur 407) un handicap dans la vie quotidienne. - Syndromes gériatriques : les agents de détention ont détecté 18,6% de déficience dans la mobilité, 6,4% de déficience auditive, 4,8% de chute durant l'année précédente, 3,3% d'incontinence, et 6,5% de déficits mnésiques. <p>3. La concordance entre l'évaluation des agents de détention et le rapport du CDCR concernant les handicaps liés à la vieillesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents de détention ont globalement détecté de plus hauts taux de handicaps liés à la vieillesse que dans les rapports du CDCR. <p>4. Les prisonniers âgés désignés comme à haut risque par les agents de détention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ces prisonniers sont en moyenne plus âgés que dans l'échantillon des 618 détenus âgés tirés aléatoirement. - Davantage de chance d'avoir un handicap dans la vie quotidienne, ainsi que des déficiences de la mobilité, visuelles, auditives, de l'incontinence ou des occurrences de chutes ; beaucoup de ces prisonniers identifiés comme à hauts risques ont également plus d'un syndrome gériatrique associé. 	<p>Conséquences des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents de détention sont un lien entre les détenus et le système de santé (davantage de handicaps détectés que dans le rapport du CDCR). - L'efficacité de l'évaluation des agents de détention reste à améliorer. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'évaluation des agents de détention par rapport à la détection des incapacités chez les détenus. - Conduire des études futures sur l'identification d'autres handicaps propres au milieu carcéral ainsi que sur l'évaluation de l'exactitude des rapports des agents de détention concernant les incapacités des détenus.

Nowotny, M. K., Cepeda, A., James-Hawkins L., et Boardman D. J. (2016). Growing old behind bars : Health profiles of the older male inmate population in the United States. *Journal of Aging and Health*, 28 (6), 935-956.

But de l'étude, cadre théorique, devis, échantillon, principes éthiques et limitations de l'étude (biais)	Méthode	Résultats	Discussion
<p>But : Examiner les poly morbidités des détenus âgés de sexe masculin au sein de quatre domaines de la santé : maladies chroniques (cancer, hypertension, diabète, problèmes cardiaques, problèmes de rein, arthrose et asthme), maladies reliées à la consommation d'alcool et/ou de drogue (Cirrhose, HIV, hépatites, infections sexuellement transmissibles [IST]), handicaps (déficit visuel, auditif, cognitif ou besoin d'aide dans les AVQ), et santé mentale et comportementale (dépression, syndrome post-traumatique, traumatisme infantile, consommation de drogue ou d'alcool, injection de drogue, blessure intentionnelle, blessure accidentelle durant la durée d'incarcération).</p> <p>Cadre théorique : Absent.</p> <p>Devis : Étude quantitative, devis descriptif.</p> <p>Échantillon : 1026 détenus de sexe masculin âgés de 50 ans ou plus.</p> <p>Éthique : Participation volontaire à l'étude, et données rendues anonymes.</p> <p>Limitations (biais) : Une partie des données est subjective (basée sur les dires des détenus). Étude strictement descriptive, sans ambitions explicatives (liens cause à effet).</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de données du Bureau des statistiques de justice (BJS) : le sondage des détenus des prisons d'État datant de 2004 - Dossiers médicaux des détenus <p>Outils de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échelle évaluant la consommation de substances : « jamais consommé », « déjà consommé ». 	<p>Quatre profils de détenus âgés de sexe masculin :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relativement en bonne santé : classe servant de référence (45,1 % des détenus de l'échantillon). 2. Consommateurs de drogue et/ou alcool avec des problèmes de santé liés au comportement : fort taux d'hépatites (27,3%) ; fort taux d'injection de drogues (64,6%) ; classe ayant la moyenne d'âge la plus jeune et le plus fort taux de récidives. 3. Mauvaise santé chronique : le plus haut taux dans 5 des 7 maladies chroniques évaluées → cancer (10,1%), hypertension (60%), diabète (30,1%), problèmes cardiaques (40,1%), problèmes de reins (12,4%), asthme (17,7%), arthrose (65,2%) ; 1/3 rapporte des déficits visuels et / ou auditifs ; 1/4 requière de l'aide dans les AVQ. 4. En très mauvaise santé : le plus haut taux de toutes les maladies excepté le cancer, le HIV et les IST ; le plus haut taux de cirrhose (14,8%), et des quatre handicaps présentés ; le plus haut taux de tous les problèmes de santé mentale et comportementale, excepté pour l'injection de drogue (qui reste cependant élevé, avec un pourcentage de 53,5%). Cette classe présente la moyenne d'âge la plus basse des quatre classes (53,7 ans) ; cette classe ne représente que 7,9% de l'échantillon, mais nécessite un traitement substantiel et complexe en raison des multiples poly morbidités présentées. 	<p>Conséquences des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés liées aux soins ou à l'accès aux soins, notamment à la sortie (perte de repères, négativité dans la façon d'envisager l'avenir, peu de ressources, stigmatisation). - Profils de santé liés à l'ethnie : les détenus blancs sont surreprésentés dans le groupe 3 ; les détenus noirs dans le groupe 2, et d'une manière générale dans les quatre groupes. - Impact de l'état de vétéran sur la santé : les détenus âgés étant des vétérans sont surreprésentés dans deux des classes en plus mauvaise santé (groupe 3 et 4). - Difficultés liées à l'environnement carcéral : inadaptation de l'espace carcéral empêchant certains détenus présentant des déficits de s'engager dans certaines activités de la vie quotidienne. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation auprès des soignants (pour diminuer la stigmatisation des anciens détenus). - Focalisation sur les communautés noires et démunies. - Réaliser des études s'intéressant aux troubles sanitaires touchant les vétérans. - Élaboration de moyens d'évaluation des besoins relatifs aux handicaps fonctionnels présentés par les détenus âgés.

Touraut, C. (2017). Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences. Ethnographiques.org: Revue en ligne des sciences humaines et sociales,

35.

But de l'étude, cadre théorique, devis, échantillon, principes éthiques et limitations de l'étude (biais)	Méthode	Résultats	Discussion
<p>But : Comprendre chez les détenus âgés l'expérience de leur vieillissement en prison et connaître leurs attentes relatives à la sortie.</p> <p>Cadre théorique : Les idéaux types de Max Weber définis comme « des tableaux de pensée [...], qui regroupent des individus ayant un vécu de la situation et des comportements comparables ».</p> <p>Devis : Étude qualitative, devis de recherche phénoménologique.</p> <p>Échantillon : Détenus âgés de 50 ans ou plus, des deux sexes.</p> <p>Éthique : L'étude n'a pas été soumise à une commission d'éthique.</p> <p>Limitations (biais) : La population féminine n'est représentée qu'au sein d'un seul des quatre établissements concernés par l'étude.</p>	<p>Méthode : Entretiens semi-directifs réalisés avec les détenus âgés.</p>	<p>1. Différences entre les détenus âgés et la population des détenus plus jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de décalage entre eux et « les jeunes » et de vulnérabilité à leur égard. - Confrontation aux obstacles architecturaux raison de leur plus grand âge. <p>2. Différents parcours des détenus, ayant une influence sur leur identité, ressentis et manière d'envisager l'avenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Parcours emrayés » : Entrée en prison à un âge avancé ; sentiment d'avoir dû abandonner les rôles sociaux à l'extérieur ; sentiment d'injustice ; angoisse quant à la sortie et dans l'idée de l'avenir ; peine à apprendre les règles du milieu carcéral. - « Parcours accomplis » : Entrée en prison à l'âge de la retraite ; vie carcérale routinière ; sentiment d'accomplissement dans la vie. - « Parcours empêchés » : L'essentiel de la vie passé en prison (longues peines ou récidives) ; sentiment d'avoir eu une « non-vie » ; désir de vivre de multiples expériences à leur sortie ou résignation à la vie en prison. 	<p>Conséquences des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le vécu de l'incarcération dépend du moment de la vie où la personne est incarcérée. - Les situations délicates vécues par les détenus âgés questionnent d'une manière plus large toutes les situations pouvant être vécues par d'autres minorités au sein de l'espace carcéral. - Remise en question au sein de l'univers carcéral, sur sa « capacité à assouplir le principe d'uniformité de traitement des détenus », afin de créer des possibilités d'adaptation en cas de situations particulières. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'installation de rampes, ou même d'ascenseurs. - Créer des conditions de détention adaptées pour les détenus âgés.

Heideri, R., Wangmo, T., Galli, S., Shaw, M. D. et Elger, S. B. (2017, Octobre). Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. Journal of Forensic and Legal Medicine, 223 – 2.

But de l'étude, cadre théorique, devis, échantillon, principes éthiques et limitations de l'étude (biais)	Méthode	Résultats	Discussion
<p>But : Explorer les perceptions et sentiment des détenus âgés concernant l'accessibilité du système de santé carcéral.</p> <p>Cadre théorique : Absent.</p> <p>Devis : Étude qualitative, devis exploratoire.</p> <p>Échantillon : Détenus âgés de 51 à 75 ans des deux sexes ; 30 hommes et 5 femmes.</p> <p>Éthique : Participation volontaire à l'étude. Données rendues anonymes.</p> <p>Limitations (biais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possible biais de sélection, car les femmes sont sous-représentées. - Les dires des détenus peuvent avoir été influencés par les experts, ou l'environnement. 	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-directifs - Enregistrement audio, et retranscription des entretiens par écrit 	<p>Obstacles de nature psychologique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir peu l'habitude de solliciter le médecin. 2. Manque de confiance dans le service médical. 3. Crainte des conséquences d'un éventuel transfert en hôpital externe (port des menottes...). <p>Conséquences négatives de l'utilisation du système de santé carcéral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'être accusé de « simuler », et mauvaise perception des détenus qui « simulent ». - Crainte d'une punition pour s'être débarrassé de médication qu'ils ne souhaitent pas prendre. - Réduction du salaire en cas d'arrêt maladie. - Crainte d'être placé en cellule d'isolation. <p>Obstacles environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humidité / froid dans les cellules, qui engendrent des souffrances (arthrose). - Règles de sécurité : Interdiction d'avoir certains objets à but thérapeutique en cellule d'isolation. - Manque de traitements dentaires individualisés. - Organisation ambulatoire du service médical (horaires de jour) : crainte d'avoir un problème de santé durant la nuit ; longue attente avant d'être vu ; manque de disponibilité du personnel soignant le week end. - Vision réduite de la maladie de la part des soignants. - Impression des détenus qu'il faut « se faire entendre » pour être soigné correctement. 	<p>Conséquences des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principe d'équivalence des soins non respecté. - Manque de flexibilité des règles des prisons entravant l'autonomie des détenus dans la gestion de leur santé. - Réduction des coûts du système de santé de la population libre attendu, si les barrières à l'utilisation du service médical carcéral disparaissent. <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établir un service de soins dont les horaires sont continus. - Éducation dans la prévention et la gestion de la santé, et informations sur les prestations du service médical par les infirmières. - Recherches supplémentaires concernant l'équivalence des soins chez les détenus âgés. - Recherches supplémentaires sur les besoins spécifiques des détenus âgés.

6 Discussion

Dans cette rubrique, nous avons discuté des résultats que nous avons obtenus à travers les études sélectionnées dans le cadre de ce travail. Pour ce faire, nous avons comparé les résultats au cadre théorique que nous avons choisi (c'est-à-dire les concepts de la Théorie de la Transition de Meleis), et à notre problématique, afin de juger de l'exhaustivité de ces résultats au regard des questions de départ ; nous les avons ensuite complétés au moyen d'autres sources. Ensuite, nous avons émis des recommandations infirmières relativement aux informations prodiguées par les résultats des études choisies, et également par des articles externes à celles-ci, apportant un point de vue axé davantage sur la profession infirmière. Par la suite, nous avons émis des recommandations quant aux recherches futures en effectuant une synthèse des recommandations formulées par les auteurs des cinq études que nous avons retenues. Pour clore cette discussion, nous avons ensuite exposé les limitations de ce travail.

Les résultats ont pu être classés dans quatre concepts essentiels de la Théorie de la Transition de Meleis. Comme vu précédemment, deux de ces concepts sont de l'ordre des types de transition (expérience de santé ou de maladie, et transition situationnelle) ; le troisième concept, quant à lui, fait partie des facteurs pouvant influencer la transition (facteurs facilitants ou entravants). Pour chacun de ces trois premiers concepts, les résultats obtenus dans le cadre des cinq études retenues s'appliquent parfaitement à ceux-ci. En effet, dans le cadre de la transition « expérience de santé ou de maladie », des informations nombreuses et riches sont disponibles concernant les problèmes de santé, physiques ou psychiques, des détenus âgés, et ébauchent également un questionnement quant aux besoins de ces derniers. Relativement au concept de la transition situationnelle, les articles de Touraut (2017), et Nowotny (2016) apportent deux visions intéressantes et complémentaires concernant l'influence du contexte de vie et des éléments biographiques des détenus âgés sur la manière dont ils vivent leur situation, sur leur santé et leur perception de celle-ci. Enfin, au regard du troisième concept, quelques-unes de nos études apportent un compte rendu solide des facteurs pouvant entraver la transition en santé, par rapport à trois aspects : l'aspect environnemental, social, et psychologique.

Seul le dernier concept de la Théorie de la Transition de Meleis n'est que superficiellement abordé. En effet, il s'agit d'un concept découlant du rôle infirmier, comme expliqué dans le chapitre précédent : l'évaluation du rôle de soutien et de suppléance. Or, comme il sera détaillé plus tard, la question du rôle infirmier à proprement parler a peu été abordée dans ce travail, étant donné que très peu d'études n'y font, ne serait-ce qu'une allusion. Étant donné que cette question était le point de départ de notre travail, il nous semble intéressant de détailler quelque peu le rôle d'un infirmier en milieu carcéral, afin d'établir un fondement aux recommandations infirmières qui seront faites plus tard dans ce travail.

Selon Picherie (2003), le rôle infirmier en milieu carcéral est très large. Cela nécessite donc une grande polyvalence de la part des soignants, afin de pouvoir répondre à des demandes et des problèmes multiples, d'ordre somatique comme psychiatrique ; d'où la nécessité de posséder de vastes connaissances. Les soins peuvent aller de l'exécution de traitements prescrits en consultation par les médecins du milieu, au suivi post-opératoire lorsqu'un détenu revient d'une intervention en externe, ou à la prise en charge des demandes quotidiennes en matière de santé des détenus, en passant par la prise en charge d'un détenu présentant un trouble psychiatrique. De plus, une connaissance des gestes et de la prise en charge des urgences est particulièrement nécessaire, étant donné que les médecins ne sont là que ponctuellement ; l'évaluation clinique infirmière revêt alors une importance qui peut être vitale. Cette évaluation infirmière est mise à contribution de manière quotidienne, mais est aussi particulièrement utile lors de l'arrivée d'un nouveau détenu. En effet, ce premier contact permet de repérer une fragilité dans la sphère psychologique ou physique, nécessitant la mise en place d'interventions immédiates.

Ajouté à cet éventail déjà conséquent de champs d'action de l'infirmier en milieu carcéral, il ne faut pas oublier de mentionner les problèmes relativement spécifiques au milieu. C'est-à-dire la prise en charge des détenus en grève de la faim, le suivi des traitements de substitution en cas de toxicomanie (la méthadone, par exemple) et des symptômes de sevrage, l'abus médicamenteux, la violence, l'automutilation, la surveillance des détenus à risque de suicide, etc. (Alderson, Saint-Jean, Therriault, Rhéaume, Ruelland et Lavoie, 2013)

Comme à l'extérieur, il est important pour l'infirmier en milieu carcéral d'avoir une vision globale du soin et de la personne ; que ce soit une vision curative lorsqu'un problème de santé est déjà présent, une vision préventive afin d'éviter certains problèmes de santé (comme les maladies sexuellement transmissibles par exemple), une vision éducative (en apprenant à un détenu à refaire son pansement par exemple, ou à prendre sa tension, dans un but d'autonomie), ou une vision relationnelle. (Picherie, 2003)

Cette dernière vision est d'ailleurs très importante. Le rôle de non-jugement et de bienveillance de l'infirmier est d'autant plus important dans ce milieu, où les patients ont commis des délits. Ainsi, l'infirmier se doit d'accueillir la personne comme un être humain, et non uniquement un détenu ; l'écoute, et le partage sont donc des concepts centraux, qui facilitent la création d'un lien thérapeutique. Dans le but de créer ce lien de confiance, une référence par détenu est mise en place ; cela permet à l'infirmier référent d'établir un lien privilégié avec le détenu, de développer une meilleure connaissance de celui-ci, et ainsi d'améliorer la qualité des soins qui lui sont prodigués. (Picherie, 2003)

À travers ce bref résumé du rôle de l'infirmier en milieu carcéral, nous pouvons souligner la variété des champs d'intervention de l'infirmier, ainsi que le rôle clé que joue cette profession, notamment en

raison de la présence intermittente de médecins sur place. Il est donc tout à fait raisonnable de supposer que les infirmiers peuvent jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de la prise en soins des détenus, et la satisfaction de leurs besoins.

Nous allons justement revenir sur les besoins des détenus âgés, qui est l'un des thèmes principaux de notre travail. Pour rappel, dans notre problématique, nous avons mis en avant plusieurs problèmes de santé courants chez les détenus âgés, qui impliquent différents besoins spécifiques à cette population. Ces problèmes sont principalement les taux élevés de poly morbidités présents chez cette dernière, ainsi que les troubles de la mobilité, et les handicaps dans la vie quotidienne (ces derniers posant des difficultés non négligeables en raison de l'infrastructure des établissements pénitentiaires, étudiée pour une population plus jeune). Les études que nous avons sélectionnées nous ont apporté une multitude de résultats intéressants concernant ces différents phénomènes, ce qui nous a permis non seulement de décrire d'une manière relativement précise les difficultés des détenus âgés, mais également de relever certains besoins de cette population, également mis en avant par les auteurs. Ces besoins peuvent se diviser en deux larges catégories ; la première concerne une évaluation des problèmes de santé insuffisante, et des traitements parfois inadéquats. Comme il est relevé dans « les besoins des détenus âgés », certaines maladies ou handicaps ne sont pas connus au sein de la prison, ce qui prive les détenus de l'aide qui leur est nécessaire. De plus, certaines maladies référencées dans les dossiers médicaux ne sont pas traitées avec la médication adéquate (Cf. « les problèmes de santé mentale »).

La deuxième catégorie peut être résumée par un environnement inadapté (Cf. « Les besoins des détenus âgés ». Cela se manifeste par un sentiment de décalage et de vulnérabilité ressenti par les détenus âgés au regard des infrastructures, qui les empêchent d'accéder à certains endroits et ne correspondent pas à leurs besoins en matière de santé, mais également par la population des détenus plus jeunes. La cohabitation avec ces derniers semble en effet favoriser un climat anxiogène chez les prisonniers plus âgés. Baumeister et Keller (2011), confirment d'ailleurs l'inadéquation de l'hébergement des détenus âgés en donnant l'exemple de l'absence de structures pouvant offrir des soins continus au besoin, et du manque de prise en charge nocturne. Afin de pouvoir traiter au mieux ces différents problèmes, les auteurs émettent la proposition de séparer les prisonniers vieillissants de la population plus jeune, afin de pouvoir notamment offrir un quotidien plus calme aux seniors, favorisant une plus grande tranquillité d'esprit et des structures ainsi qu'une organisation des journées plus adaptées à leur âge et à leurs pathologies.

Ces données sont intéressantes et donnent quelques idées concernant les solutions qui devront être mises en place ces prochaines années, étant donné l'augmentation drastique des prisonniers âgés ; cependant, lors de nos recherches, nous avons découverts deux autres problématiques importantes quant à cette population, qui ne sont pas ressorties dans les études que nous avons choisies. Nous allons donc brièvement présenter celles-ci, dans le but de rendre notre travail plus complet ; en effet, ces problématiques impliquent des besoins essentiels concernant les détenus âgés.

Un aspect revenant régulièrement dans la littérature est celui de la crainte de mourir en prison. Aspect justifié si l'on en croit Loeb et al. (2014) ; selon eux, de nombreux prisonniers purgeant de longues peines meurent dans les établissements pénitentiaires des USA, après souvent plusieurs dizaines d'années en prison. Il semblerait que ces cas de décès soient le plus souvent attribuables à la présence de maladies chroniques chez ces détenus âgés, qui accélèrent leur décès. Ce dernier arriverait donc le plus souvent, avant que les droits de ces détenus à une éventuelle libération conditionnelle aient pu être examinés. Il existe une possibilité d'être « libéré par compassion » selon l'état de santé d'un détenu ; cependant, toujours selon la même étude, il semblerait que seule une fraction des détenus âgés concernés par un état de santé très péjoré puissent être placés dans une institution différente pour ce motif. La peur de décéder en prison reste donc une possibilité à considérer pour les détenus âgés purgeant de longues peines, génératrice d'une grande anxiété.

Cette dernière question nous amène sur un autre besoin des détenus âgés présent dans la littérature ; il s'agit de la problématique des soins palliatifs en milieu carcéral. En 2014 en Angleterre, 141 décès de détenus âgés ont été dénombrés ; cela souligne l'importance grandissante des soins palliatifs en prison, afin de pouvoir traiter au mieux la douleur, et prendre en charge l'anxiété des détenus. Il semblerait qu'actuellement, l'obstacle principal à la création ou l'amélioration de services de soins palliatifs soit les contraintes imposées par le règlement de la prison, qui empêchent que soient donnés certains médicaments contre la douleur aussi fréquemment que les situations des détenus l'exigeraient. Cependant, d'autres obstacles peuvent être cités, tels que, par exemple, l'inadaptation des infrastructures (notamment l'espace réduit dans les cellules, qui limite l'accès à la couchette des détenus), ou encore le manque de temps des soignants du service médical. (Turner et Peacock, 2017)

Les besoins des détenus âgés sont donc un thème large, et d'autant plus important que le taux de prisonniers âgés ne cesse d'augmenter. Il est donc nécessaire de pouvoir mettre en place des interventions permettant d'améliorer la prise en charge de cette population en expansion dans les prisons, ainsi que la satisfaction de leurs besoins. Les interventions nous intéressant dans le cadre de ce travail sont celles relatives à la profession des soins infirmiers ; nous allons donc émettre des recommandations infirmières permettant de résoudre au mieux les problèmes mis en avant par les auteurs des cinq études sélectionnées.

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous n'avons pas pu trouver d'études traitant spécifiquement des interventions infirmières, bien que ce sujet soit un point central de notre travail, ce qui sera détaillé plus loin. Nous avons donc utilisé des articles externes aux études dont les résultats sont détaillés dans cette recension, afin de compléter les problèmes mis en avant par ces dernières, et proposer des actions concrètes. Nous nous sommes également appuyées pour cela sur nos connaissances acquises en stage, et grâce à la lecture de nombreuses études relatives aux détenus âgés.

Nos recommandations peuvent se regrouper en trois larges classes s'appuyant sur les besoins centraux que nécessitent les prisonniers âgés.

La première classe comprend les interventions ciblant l'évaluation infirmière, ainsi que l'éducation relative aux soins et la prévention auprès de notre population d'intérêt.

Lors d'une table ronde réunissant vingt-neuf experts dans le domaine de la santé, issus du milieu carcéral, ou encore du domaine légal (avocats), la nécessité d'implémenter des formations spécifiques concernant la personne âgée a été relevée. (Williams et al., 2012) Cette recommandation peut être très utile au domaine infirmier, qui effectue les entrées des détenus et doit donc être à même d'évaluer précisément l'état de santé des détenus âgés (notamment la présence de handicaps dans les AVQ, de syndrome gériatrique, ou encore des premiers signes d'une altération de la cognition). De plus, le milieu carcéral réunissant essentiellement des détenus relativement jeunes, les infirmiers des prisons ne sont pas forcément spécialisés dans le domaine de la personne âgée.

À titre personnel, voici quelques recommandations que nous avons envisagées suite à nos expériences et à nos recherches.

Nous proposons de créer un volet d'évaluation spécifique aux détenus âgés lors de l'entrée infirmière. À partir de 50 ans, l'autonomie dans les AVQ, la cognition, la communication, la vision et l'ouïe, seraient évaluées de manière systématique chez les détenus afin de dépister rapidement les handicaps liés au vieillissement. De plus, des réévaluations régulières seraient à envisager ; en effet, certaines situations peuvent se dégrader avec le temps, particulièrement chez les personnes âgées dont l'état de santé peut évoluer très rapidement.

Ajouté à cela, nous avons imaginé renforcer l'éducation aux soins chez les détenus âgés. C'est-à-dire, parcourir avec eux certains symptômes (relatifs à leur pathologie et en général, par exemple une grippe) nécessitant une prise en charge médicale, afin qu'ils puissent se manifester eux-mêmes si la situation n'est pas détectée assez vite. Le but de ceci serait d'éviter la détérioration de certaines situations de santé en renforçant l'aspect préventif des soins. Cette intervention se révélerait sans doute spécialement utile dans le cas de détenus âgés peu enclins à faire appel au service de santé de la prison.

Étant donné la présence intermittente des médecins sur place, nous encourageons également une vigilance infirmière particulière quant aux traitements des détenus âgés ; la littérature montre que certains d'entre eux ne sont pas traités avec la médication adéquate (Kingston et al., 2011). Les infirmiers ayant également accès aux dossiers médicaux et des connaissances relativement larges concernant la médication, sont à même de reporter ces informations au médecin, afin d'initier un échange autour de la situation, pouvant peut-être mener à envisager un traitement différent.

Notre dernière proposition relative à ce sujet, et celle de la continuité des soins. Nous avons mis en évidence au cours de ce travail qu'il était parfois difficile pour les détenus âgés (notamment ceux ayant purgé une longue peine) d'avoir accès aux soins une fois leur peine terminée (Nowotny et al., 2016). Bien que ces constatations viennent des USA, nous avons pu remarquer lors de nos stages qu'il arrive fréquemment que des détenus soient relâchés brusquement, sans que le service médical n'ait été mis au courant par la direction de la prison. Or, beaucoup de détenus âgés souffrent de maladies chroniques, qui, si nous ne nous informons pas de la prise en charge à l'extérieur, risquent de se péjorer. Nous recommandons donc une utilisation accrue des infirmiers de liaison dans les situations des détenus âgés, afin de veiller à la continuité des soins au dehors.

La deuxième classe intéresse principalement la question de l'amélioration de l'environnement carcéral ; ce point passe essentiellement par une collaboration exacerbée des infirmiers avec les agents de détention.

Au cours de ce travail, mais également de nos stages, nous avons pu constater que les prises en charge des détenus sont meilleures lorsque la communication est efficace entre infirmiers et agents de sécurité, car ces derniers sont au plus près des détenus, au quotidien. Ce point est relevé par Sannier et al. (2011), dans un article s'intéressant au maintien de l'autonomie des prisonniers âgés. Les auteurs soulignent que le partage d'informations interdisciplinaires (dans le respect du secret médical, bien sûr) permet notamment l'aménagement des conditions de détention des détenus âgés si ces derniers en ont besoin, l'ajustement des traitements médicaux, ou font valoir la nécessité d'une réévaluation infirmière d'un prisonnier âgé en particulier.

Nos idées de recommandations s'inscrivent dans le même sens ; nous appuyons particulièrement le suivi interdisciplinaire des situations de détenus âgés complexes avec les agents de détention. Les infirmiers peuvent par exemple s'enquérir quotidiennement lors de leur passage au cellulaire de l'évolution au quotidien des détenus âgés dont l'état de santé paraît délicat, afin de rester informés de leur évolution, et pouvoir mettre en place des interventions en cas de péjoration.

De plus, cet échange quotidien peut également, à notre sens, permettre de discuter deux autres thèmes importants. Premièrement, d'éventuelles limitations fonctionnelles de certains détenus âgés ; par exemple, un détenu ayant des difficultés sévères relativement aux escaliers, à la station debout, etc. Les acteurs des deux professions peuvent alors collaborer pour trouver les meilleures solutions à ces problèmes, fréquents au sein de la population des prisonniers vieillissants.

Deuxièmement, cette collaboration accrue peut permettre de s'informer sur les relations interpersonnelles des détenus âgés ; en effet, Touraut (2017), souligne le climat anxigène créé par la cohabitation entre la population âgée et celle plus jeune des établissements pénitentiaires, ainsi que la possibilité de violence, telle que du racket par exemple. Dans le cadre de cette recommandation, la

situation des détenus âgés AICS serait particulièrement surveillée, en raison de la vision négative des autres détenus de ce type de délits.

En tant que dernière recommandation de cette catégorie, nous tenons à mettre en avant un point qui nous paraît particulièrement central. Il s'agit du positionnement infirmier quant à la compatibilité de l'incarcération avec la situation de santé de certains détenus âgés. À notre sens, il incombe tout particulièrement aux infirmiers, dont le concept d'« advocacy » est l'un des fondements du code déontologique de la profession, de signaler et de défendre un détenu âgé dont la situation ne permettrait plus le maintien de sa dignité au sein de l'espace carcéral, ou de soins de qualité suffisante, en raison, particulièrement, des infrastructures inadaptées.

La troisième et dernière catégorie adresse plutôt la gestion infirmière de la question de la mort en prison, et des soins palliatifs, qui est, comme nous l'avons vu, un besoin spécifique à cette population de détenus vieillissants.

Il a été prouvé que les soins palliatifs, qui consistent à prodiguer au patient une guidance par rapport à la situation qu'il est en train de vivre, et un contrôle des symptômes (notamment la douleur), améliorent d'une part d'une manière significative la qualité de vie des détenus, et d'autre part réduisent les coûts liés à la santé. Cependant, des interventions de type palliatives sont encore rares dans le milieu carcéral. (Williams et al., 2012) C'est pourquoi, en attendant la mise en place de programmes de soins palliatifs plus généralisés, les experts préconisent la formation du personnel soignant à ces soins ; notamment, pour les médecins, le traitement de la douleur, et pour les infirmiers, le soutien psychologique. (Williams et al., 2012)

Ajouté à cette recommandation, nous proposons nous-mêmes que les détenus se trouvant dans une situation nécessitant des soins palliatifs puissent être régulièrement vus en entretiens infirmiers, au service médical ou en cellule, selon leur situation de santé, pour des moments de partage, de soutien et d'écoute. Nous avons cependant vu plus haut que le temps manque souvent à l'équipe soignante pour effectuer ce genre d'entretiens ; si cela se révèle trop difficile à mettre en place, nous mettons également en avant la possibilité de mobiliser des équipes de soins palliatifs mobiles externes. Ces dernières interviennent déjà dans différents milieux, comme les EMS et le milieu hospitalier, et soutiennent et guident les équipes dans la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs. Cela pourrait se révéler un compromis intéressant dans l'attente de la mise en place d'un programme de soins palliatifs en milieu carcéral.

Notre seconde recommandation à ce sujet concerne les horaires des infirmiers. En effet, dans les soins en général et en soins palliatifs plus particulièrement, les besoins des patients ne se limitent pas à un horaire journalier. Nous pensons donc que la présence d'infirmiers 24h/24 se révélerait grandement bénéfique, et donnerait davantage de possibilité d'entretiens d'écoute, notamment la nuit, qui peut générer beaucoup d'anxiété chez une personne malade. Cela permettrait, selon nous, de répondre

d'une manière plus complète aux besoins notamment psychologiques des détenus âgés nécessitant des soins palliatifs, et d'améliorer leur qualité de vie, en leur offrant un soutien disponible et flexible.

Nous allons maintenant poursuivre en relevant les suggestions et les diverses recommandations concernant les recherches futures sur le même sujet. Pour cela, nous nous sommes basées sur les recommandations faites par les différents auteurs des études que nous avons sélectionnées pour la réalisation de ce travail ; celles-ci peuvent être regroupées en trois thèmes.

Le thème principal de ces recommandations est l'exhortation à effectuer des recherches supplémentaires, et ce, pour différentes raisons. L'une d'elle est l'identification des handicaps propres au milieu carcéral. En effet, les auteurs d'une étude américaine soulignent que ceux-ci menacent la sécurité ou l'indépendance fonctionnelle des détenus âgés ; il est donc selon eux nécessaire d'accumuler davantage de données sur ces problèmes. (Williams et al., 2009)

Une autre raison est de comprendre les liens de cause à effet engendrant ces taux de pathologies et de handicaps au sein de la population des détenus âgés. Selon les auteurs, ces liens permettraient par exemple de mettre au point un test clinique afin de repérer les poly morbidités, et de cibler les interventions à mettre en place afin de générer une meilleure prise en charge au niveau médical de ces détenus âgés. (Nowotny et al., 2016)

Des recherches additionnelles sont aussi conseillées par d'autres auteurs, dans une optique de détection des problèmes de santé et handicaps présents au sein de la population âgée du milieu carcéral. Les futures recherches serviraient donc à évaluer l'exactitude des rapports des agents correctionnels sur les incapacités des détenus, dans le but d'apporter davantage de connaissances concernant la capacité de détection actuelle des gardiens concernant les troubles de la santé chez les détenus âgés, et ainsi de proposer des pistes d'amélioration. (Williams et al., 2009)

Par ailleurs, il semble que les études concernant les détenues âgées soient très rares, voire inexistantes ; c'est donc une raison supplémentaire de mener d'autres études concernant ce sujet. (Kingston et al., 2011)

La dernière raison relevée par les auteurs des études que nous avons choisies motivant des recherches additionnelles est la nécessité d'accumuler davantage de données concernant le thème de l'équivalence des soins chez les détenus âgés. Cela permettrait selon eux d'obtenir plus d'informations sur l'accessibilité aux soins concernant cette population, particulièrement vulnérable. (Heideri et al., 2017)

L'une de nos études a mentionné un tout autre thème dans ses recommandations ; il s'agit de l'adaptation des outils de mesure utilisés pour évaluer l'état mental d'une personne âgée (échelle MMSE) à l'univers carcéral. En effet, selon eux, le nombre de points servant à détecter une démence n'est pas significatif pour la population carcérale, puisque l'emprisonnement à lui seul affecte déjà la cognition. Dans le cadre de leur étude, les auteurs n'ont relevé que deux cas de démence dans leurs résultats. Or, la pratique clinique suggérerait que ce taux aurait dû être plus haut. Cela voudrait donc

dire que la démence a tendance à passer inaperçue dans les prisons, et justifierait d'étudier une éventuelle adaptation de cet outil au milieu carcéral. (Kingston et al., 2011)

Le dernier thème de ces recommandations pour les recherches futures concerne la nécessité de s'axer sur les besoins spécifiques des détenus âgés, lors des études menées ; en effet, selon les auteurs, les études concernant les besoins en matière de santé des personnes âgées de la population libre ne permettent pas de comprendre les besoins des détenus âgés. Cela serait donc un obstacle à l'implémentation d'interventions pertinentes dans la prise en charge en matière de santé des prisonniers vieillissants. (Heideri et al., 2017)

Nous voyons donc à travers ces diverses recommandations que la plupart des études proposent de continuer les recherches sur ce sujet, qui présente encore trop peu de données pour que des interventions adéquates puissent être proposées.

Afin de clore cette discussion, nous allons nous intéresser aux difficultés que nous avons rencontrées lors de la réalisation de ce travail de Bachelor.

Tout d'abord, comme évoqué plus haut, la difficulté majeure que nous avons rencontrée est l'insuffisance, voire l'absence d'intérêt des études scientifiques pour les interventions infirmières applicables dans le cadre des multiples problématiques soulevées par le phénomène d'augmentation des prisonniers vieillissants.

En effet, la majorité des études sélectionnées mentionnent le service médical dans leurs recommandations pour la pratique, mais de manière très générale ; le terme « service médical » englobe toutes les professions soignantes, sans précisions relatives aux différentes fonctions, et donc sans aucune mention à différentes interventions possibles suivant les métiers. Nous n'avons donc malheureusement pas pu intégrer autant que nous l'aurions voulu une vision infirmière dans les résultats de ce travail.

Nous nous sommes également heurtées à une certaine déficience d'études sur le sujet des détenus âgés, ce qui nous a d'abord surprises, puisqu'au fur et à mesure de nos recherches, nous avons constaté que la problématique est d'actualité. Il semble qu'énormément d'études s'intéressent au milieu carcéral, mais davantage du point de vue des détenus plus jeunes. Face à cette difficulté, nous avons décidé de ne sélectionner que cinq études, puisque nous n'avons pas réussi à trouver une sixième étude pertinente par rapport à notre question de recherche. Afin de compenser ce fait, nous avons construit une discussion conséquente, afin d'apporter les connaissances qui semblaient nous manquer à partir de sources variées, comme des articles non scientifiques.

Par ailleurs, la dernière limitation à laquelle nous nous sommes confrontées a été la propension des études à traiter des problèmes de santé multiples et variés chez les détenus âgés, tout en abordant très peu le côté thérapeutique. Notre travail donne donc peu d'idée sur les traitements et thérapies proposés à la population âgée au sein des prisons. Cela a engendré des résultats très centrés sur une vision des

problèmes, et très peu sur les solutions ; fait que nous avons à nouveau tenté de rectifier dans la discussion, avec la proposition de nombreuses interventions infirmières.

7 Conclusion

Ce travail nous a permis de prendre conscience de la complexité qu'apporte l'expansion de la population de détenus âgés au sein des prisons, du point de vue de la prise en soins. Comme nous l'avons vu, de nombreux problèmes se posent, laissant émerger des questionnements éthiques sur la capacité des prisons à assurer des conditions de détention adaptées à l'âge des prisonniers vieillissants, ainsi qu'une fin de vie digne, dans certains cas.

Comme nous le montre un reportage de « Mise au point » de 2009, les défis amenés par l'augmentation drastique de la population âgée au sein des prisons nécessitent une remise en question de l'univers carcéral, et la création de solutions novatrices. La toute première prison adaptée aux détenus âgés a d'ailleurs été construite à Lenzburg, dans le canton d'Argovie, en Suisse ; cette section pensée spécialement pour des prisonniers vieillissants de plus de 60 ans propose des lits médicalisés, une salle de remise en forme, et un espace à l'écart de la population carcérale plus jeune afin de promouvoir l'adaptation aux besoins spécifiques des seniors. Si cela est encourageant, il faudra bien sûr davantage de moyens pour faire face à la problématique actuelle ; en effet, cette section ne propose que 12 places. Par ailleurs, Franz Walter, directeur d'un établissement pénitentiaire dans le canton de Berne, va plus loin en ajoutant que le type d'institutions vraiment nécessaire afin de pallier le mieux à cette situation, serait des EMS sécurisés, spécialement conçus pour héberger des détenus âgés. Or, aucune construction de ce type n'est à ce jour entamée. (Mise au point, 2009) À noter que dans le cas de la Suisse romande, il n'y a actuellement encore aucune adaptation architecturale effectuée pour la population carcérale âgée. (Donatsch, 2014)

Du point de vue de la couverture sociale également, la Suisse a encore du chemin à faire. En effet, à ce jour, 2000 détenus dans des établissements pénitentiaires suisses ne bénéficient pas d'une assurance maladie ; soit en raison d'une nationalité étrangère, ou de l'absence d'un domicile en Suisse au moment de l'arrestation. En conséquence, ces détenus, dont certains sont âgés, n'ont pas toujours droit à des traitements médicaux pourtant nécessaires, pour des raisons financières. (Plateforme d'informations humanrights, 2016)

Citons en exemple le cas d'un détenu de 61 ans, qui n'est pas couvert par une assurance maladie. Ce détenu présente des troubles urologiques qui ne sont plus traitables par voie médicamenteuse présentement, en raison de l'évolution de sa pathologie. Une intervention chirurgicale rapide est préconisée par les médecins, à laquelle il n'aura droit que lorsqu'il sera en libération conditionnelle, soit, deux ans plus tard. En attendant cette date, ce détenu se trouve dans une situation menaçant sa

dignité et sa qualité de vie. En effet, il souffre d'incontinence d'urgence, et de pollakiurie nocturne, qui le forcent à porter des protections. De plus, les médecins estiment que la situation risque de se dégrader de manière drastique bien avant la libération conditionnelle de ce détenu ; selon eux, une rétention urinaire aiguë nécessitant une dérivation des voies urinaires en urgence risque de se produire. Cet exemple n'en est qu'un parmi d'autres. Il semblerait en effet que dans de nombreuses situations, pour des raisons d'absence d'assurance maladie, les médecins du milieu carcéral ne puissent être en mesure de fournir à certains détenus les moyens médicaux que nécessitent leurs pathologies, ni le soulagement de souffrances importantes, péjorant nettement leur qualité de vie. (Plateforme d'informations humanrights, 2016)

Comme nous pouvons le voir, les défis actuels et à venir ne manquent pas concernant le phénomène de l'augmentation des seniors au sein de nos prisons ; il est donc d'autant plus nécessaire de s'intéresser à cette problématique, et d'envisager et d'appliquer des solutions permettant de prodiguer de meilleurs soins et conditions de vie à ces détenus. En vertu du rôle d'« advocacy » des infirmiers, et avec pour preuve les différentes recommandations infirmières que nous avons pu formuler, notre profession peut réellement jouer un rôle clé dans l'amélioration des conditions de vie des prisonniers vieillissants. Cela permettrait ainsi d'apporter une amélioration à la prise en soins de cette population, en attendant que des solutions soient mises en place plus largement au niveau du système de santé, dans un futur proche, certainement.

8 Liste de références

- Alderson, M., Saint-Jean, M., Therriault, P-Y., Rhéaume, J., Ruelland, I., et Lavoie, Myriam. (2013). La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients. Recherche en soins infirmiers, 95-106.
- Alligood, M. (2013). Nursing theorists and their work. Maryland Heights, USA : Elsevier.
- Aubin, K. et Dallaire, M. (2008). Du concept de la continuité des soins et services à celui de la transition : Savoir infirmier, au coeur de la discipline et de la profession. Montréal, Québec : G. Morin.
- Balmer, A. et Locatelli, L. (2013). Soigner en milieu carcéral : Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les infirmiers, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ? Travail de Bachelor inédit, Haute école de santé de Genève. Repéré à : http://doc.rero.ch/record/208816/files/TB_INF_2013_5_Balmer.pdf
- Baumeister, B. et Keller, S. (2011, 31 mai). Vieillir en prison, vu sous l'angle des sciences sociales. Fonds national suisse. Repéré à : <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100002863/100626037>
- Bessières, L. (2017). Les cadres de l'administration pénitentiaire et l'autorité : Variation des positions dans l'espace social pénitentiaire. Repéré à : https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/dossier_thematique_les_cadres_et_autorite_2017.pdf
- Conseil international des infirmières. (2006). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. URL : https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/icncodef.pdf
- Désesquelles, A. (2005). Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation en population générale ? Population, p.71-98.
- Désesquelles, A. (2002, juin). Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. Insee Premiere.
- Donatsch, S. (2014, 21 février). Des divisions spéciales pour les détenus âgés. Le temps. Repéré à : <https://www.letemps.ch/suisse/divisions-speciales-detenus-ages>
- Ducor, P. (2014). Secret médical en prison : la troisième victime ? Revue médicale suisse, 1084-1086.
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I. et Jacoby, R. (2001). Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. British Journal of Psychiatry, 179, 535-539.
- Handtke, V. et Tenzin, W. (2014, septembre). Ageing Prisoners' Views on Death and Dying : Contemplating End-of-Life in Prison. Journal of Bioethical Inquiry, volume 11, p. 373-386.
- Heideri, R., Wangmo, T., Galli, S., Shaw, M. D. et Elger, S. B. (2017, Octobre). Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. Journal of Forensic and Legal Medicine, 223 - 228.

- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018). Médecine pénitentiaire : principes et règles. Repéré à : <https://www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire/principes-et-regles>
- Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle S. et Heath L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners : unrecognized and undertreated. *International Psychogeriatrics*, 23:8, 1354-1360
- Klaue, K. (2015). Les services médicaux sont une île en milieu carcéral. Repéré à : http://infoprison.ch/bulletin_15/services_medicaux_ile_en_milieu_carceral-K.K-10.2015.pdf
- Loeb, J. S., Penrod, J., McGhan, G., Kitt-Lewis, E., et Hollenbeak, S. C. (2014, mai). Who Wants to Die in Here? Perspectives of Prisoners with Chronic Conditions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3), 173-181.
- Lüthi, U. (2012, novembre). Vieillir derrière les barreaux. *Krankenpflege Soins infirmiers*, 42-44.
- Meleis, I. A., et Trangenstein, A. P. (1994, Novembre - Décembre). Facilitating transitions : Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Mise au point. (2009). De plus en plus des détenus âgés en prison. [vidéo en ligne]. Repéré à : <https://www.rts.ch/play/tv/mise-au-point/video/de-plus-en-plus-des-detenus-ages-en-prison?id=545100&station=a9e7621504c6959e35c3ecbe7f6bed0446cdf8da>
- Moschetti, K., Stadelman, P., Holly, A., Bodenmann, P., Wasserfallen, J-B., Elger, S. B. et Gravier, B. (2015, septembre). Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland : Gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *Bio Médical Central Public Health*, 15(1), p. 872-882.
- Nowotny, M. K., Cepeda, A., James-Hawkins L., et Boardman D. J. (2016). Growing old behind bars : Health profiles of the older male inmate population in the United States. *Journal of Aging and Health*, 28 (6), 935-956.
- Office fédéral de la statistique. (2016). Établissements pénitentiaires. Repéré à : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/execution-penale/etablissements-penitentiaires.html>
- Office fédéral de la statistique. (2016). Population. Repéré à : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.html>
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Perrin, S. (2017). Peine perpétuelle et maladie : quand la mort questionne le sens de la prison. Repéré à : http://infoprison.ch/bulletin_19/peine_perpetuelle_et_maladie-quand_mort_questionne_sens_prison-S.P.-03.17.pdf
- Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. Repéré à : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>

- Plateforme d'informations humanrights. (2016). Des soins médicaux convenables pour toutes les personnes incarcérées en Suisse. Repéré à : <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/poursuite/detention/soins-medicaux-detenus>
- Picherie, E. (2003, septembre). La santé en prison : Le rôle des infirmiers dans les prisons. *Adsp*, 44, 30-31.
- Sannier, O., Danjour, D. et Talamoni Y. (2011, mars / avril). Maintenir l'autonomie, un enjeu de la prise en soins des détenus âgés. *Soins Gériatrie*, 88, 31-33.
- Santé prison suisse. (2017). Qui est santé prison suisse (SPS) ? Repéré à : <https://sante.prison.ch/fr/sante-prison-suisse/qui-est-sante-prison-suisse-sps.html>
- Santé prison suisse. (2017). Quelle est la raison d'être de SPS ? Repéré à : <https://sante.prison.ch/fr/sante-prison-suisse/quelle-est-la-raison-d-etre-de-sps.html>
- Schumacher, K.L. et Meleis, A.I. (1994, juin) Transitions : A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Tenzin, W., Meyer, A., Handtke, V., Kressig, R., Gravier, B. et Elger, B. (2014, décembre). Ageing Prisoners' Disease Burden : Is being old a better predictor than time served in prison ? *Gerontology* 2015, 61 : 116-123.
- Touraut, C. (2017). Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences. *Ethnographiques.org* : Revue en ligne des sciences humaines et sociales, 35.
- Touraut, C. et Désesquelles, A. (2015). La prison face au vieillissement : Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus "âgés". Repéré à : http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2015/11/Synth%C3%83se_rapport_C__Touraut_et_A__Desesquelles.pdf
- Turner, M. et Peacock, M. (2017). Palliative Care in UK Prisons : Practical and Emotional Challenges for Staff and Fellow Prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 23(1), 56-65.
- Williams, A. B., Stern F. M., Mellow, J., Safer, M. et Greifinger B. R. (2012, août). Aging in Correctional Custody : Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care. *American Journal of Public Health*, 102, 1475-1481.
- Williams, B., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R., et Walter, L. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57: 1286-1292.
- Williams, B. A., Mcguire, J., Lindsay, R. G., Baillargeon, J., Cenzer, I. S., Lee, S. J., et Kushel, M. (2010). Coming home : Health status and homelessness risk of older pre-release prisoners. *Journal of General Internal Medicine*, 25(10), 1038-1044.

9 Annexes

Grilles d'analyse critique des cinq articles sélectionnés dans le cadre de ce travail de Bachelor.

Annexe I

Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle S. et Heath L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners : unrecognized and undertreated. *International Psychogeriatrics*, 23 : 8, 1354-1360.

Annexe II

Williams, B., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R., et Walter, L. (2009). Caregiving behind bars : correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 : 1286-1292.

Annexe III

Nowotny, M. K., Cepeda, A., James-Hawkins L., et Boardman D. J. (2016). Growing old behind bars : Health profiles of the older male inmate population in the United States. *Journal of Aging and Health*, 28 (6), 935-956.

Annexe IV

Touraut, C. (2017). Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences. *Ethnographiques.org : Revue en ligne des sciences humaines et sociales*, 35.

Annexe V

Heideri, R., Wangmo, T., Galli, S., Shaw, M. D. et Elger, S. B. (2017, Octobre). Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 223 - 228.

Annexe I

	<p>Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle S. et Heath L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners : unrecognized and undertreated. <i>International Psychogeriatrics</i>, 23 : 8, 1354-1360.</p> <p>Titre</p> <p>La population à l'étude n'est pas suffisamment précisée dans le titre ; il est spécifié qu'il s'agit de détenus âgés. Par contre, il n'est pas fait mention dans le titre de l'âge à partir duquel un détenu est considéré comme âgé, ni du sexe de ces prisonniers (on constate en lisant l'article qu'il s'agit de détenus de sexe masculin).</p> <p>Les concepts clés principaux sont présents dans le titre (pathologies psychiatriques chez des détenus âgés), cependant, l'aspect de santé physique, qui apparaît brièvement dans l'article n'y figure pas.</p> <p>Cette étude a été réalisée en Angleterre (dans la région de Staffordshire).</p>
	<p>Le résumé est complet ; il comporte les grandes lignes de la recherche et donne un bon aperçu du contenu de l'article. Il n'y a pas mention de la discussion, mais les conclusions sont présentées.</p> <p>Contexte : La population des détenus âgés est en rapide augmentation au sein du Royaume-Uni, ainsi que dans d'autres pays à travers le monde. Ce phénomène nécessite un ajustement afin de permettre une adaptation du système à la fragilité mentale et physique croissante des détenus qui vieillissent en prison.</p> <p>Objectif de l'étude : Cette étude examine la prévalence des troubles psychiatriques et somatiques, incluant la démence, chez les prisonniers</p>

Résumé

âgés de sexe masculin de 50 ans et plus dans quatre prisons d'Angleterre. L'objectif de cette étude est de déterminer si le taux de détection et de traitement de ces différents troubles s'est amélioré durant ces dix dernières années.

Méthode : C'est une étude descriptive. Les outils de mesure utilisés sont : Geriatric Mental State Examination (GMSE), l'une des échelles d'évaluation de l'état mental des personnes âgées les plus utilisées de par le monde. Cette échelle traite les données à l'aide d'un logiciel appelé AGEKAT ; cette échelle prend donc le nom complet de GMS-AGEKAT), Mini-Mental State Examination (MMSE, Échelle permettant d'évaluer les fonctions cognitives et la mémoire. Cela est souvent utilisé dans les cas de suspicion de démences), Short Form 12 (SF-12, Échelle permettant d'évaluer la qualité de vie, par rapport à des pathologies mentales ou somatiques chroniques), et les dossiers médicaux des détenus.

Cadre de recherche : Il n'y a pas de cadre de recherche.

Population et échantillon : 121 détenus âgés (de plus de 50 ans), de sexe masculin. Cet échantillon a été retenu dans une population de 237 détenus âgés au sein des quatre prisons retenues.

Résultats : 60 prisonniers (50% de l'échantillon) ont été diagnostiqués avec des troubles mentaux ; la dépression est le plus commun d'entre eux. 15 prisonniers (12% de l'échantillon) montrent des signes de déficience cognitive. Parmi ceux-ci, seulement 18% sont diagnostiqués dans le dossier médical, et traités par voie médicamenteuse. On constate également que les problèmes d'ordre physiques sont communs, avec une moyenne de 2,26 problèmes par prisonnier (reportés par les prisonniers eux-mêmes).

Conclusion : Les troubles mentaux sont communs chez les détenus âgés, mais ils ne sont pas toujours détectés et traités. Certains prisonniers rapportent eux-mêmes le fait d'avoir des troubles mentaux ; cependant, le moyen de détecter la démence au sein des prisons reste pour l'instant complexe. La santé mentale est physique des détenus âgés est plus dégradée que leurs homologues du même âge de la population libre.

<p>Introduction</p>	
<p>Problème de recherche</p>	<p>Énoncé du problème de recherche</p> <p>Le problème mis en évidence dans cet article est de mesurer la prévalence des problèmes mentaux chez les détenus âgés de sexe masculin, qui est une population qui est en augmentation dans les prisons. C'est également de déterminer si ces problèmes mentaux sont mieux détectés et pris en charge qu'ils l'étaient ces dix dernières années, s'il existe une amélioration sur ces deux points.</p> <p>Les auteurs formulent le principal objectif de leur recherche tout au long de l'introduction.</p> <p>Justification du problème de recherche</p> <p>Le problème soulevé paraît totalement justifié ; en effet, l'article explique que le taux de détenus âgés de sexe masculin a augmenté de 109% dans les prisons du Royaume-Uni entre les années 2000 et 2009. En effet, en 2009, il y a donc 2381 détenus de plus de 60 ans incarcérés dans les prisons anglaises ; ce chiffre comprend 509 détenus âgés de plus 70 ans.</p> <p>Étant donné cette augmentation importante, il est intéressant de se pencher sur la qualité de la prise en charge de cette population au niveau des soins médicaux.</p> <p>Signification particulière du problème de recherche pour la discipline concernée</p> <p>Ce problème a une signification particulière dans le cadre des soins infirmiers ; en effet, il en va de nos valeurs d'appliquer des principes de bienveillance et d'égalité dans les soins pour toutes les populations, y compris les détenus.</p> <p>Dans la rubrique « Meaning and explanations and implications for clinicians and policy makers », il est mentionné que le système de santé a</p>

	<p>tendance à se focaliser davantage sur les prisonniers plus jeunes, et que même ainsi, les limites des ressources du système sont déjà atteintes. L'ajustement que nécessite l'augmentation des détenus âgés dans le système de santé nous concerne donc particulièrement, puisque prodiguer des soins de qualité fait partie de notre rôle infirmier.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Travaux de recherche antérieurs</p> <p>Les travaux de recherche antérieurs sont pertinents ; il n'existe cependant que peu d'études encore sur ce sujet, beaucoup d'étude en milieu carcéral se focalisent sur les jeunes détenus. Les travaux de recherche antérieurs ayant été réalisés à ce jour sont rapportés de manière critique ; les résultats sont exposés et illustrent adéquatement la problématique complexe qui est présentée.</p> <p>Nous pouvons citer l'étude de Fazel et al. (2001), qui est la première grande étude réalisée dans le Royaume-Uni sur le thème des détenus âgés. Ils ont découvert que 31,5% d'entre eux avait un diagnostic psychiatrique, le plus souvent une dépression sévère nécessitant en principe une prise en charge hospitalière. Dans leur échantillon, seulement 12% était sous traitement médicamenteux. Depuis cette enquête, l'intérêt pour la santé des détenus a fortement augmenté. Certaines initiatives ont été créées comme des forums où les détenus âgés peuvent exprimer leurs besoins. Toutefois, peu de choses sont connues sur la façon dont ces initiatives permettent une meilleure reconnaissance des problèmes de santé mentale auxquels se confrontent les détenus âgés. On peut aussi relever que très peu d'études se sont intéressées à la prévalence de la</p>

	<p>démence chez les détenus âgés, car dans une précédente étude, seulement un cas sur un échantillon de 203 avait été détecté (Taylor et Parrott, 1988).</p> <p>Sources de la recension des écrits</p> <p>Les études utilisées pour la recension proviennent de moitié environ de sources primaires ; le reste est de source secondaire. Nous pensons que la recension est ainsi assez complète. En effet, les sources secondaires permettent d’avoir un rapide aperçu de l’état actuel de la question sur ce sujet, tandis que les sources primaires apportent un appui plus spécifique concernant la question de recherche.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Dans cette étude, aucun cadre conceptuel n’a été utilisé.</p> <p>Cette absence est selon nous justifiée ; en effet, cette étude est descriptive. Elle vise à décrire la population des détenus âgés, en déterminant quelle est la prévalence des pathologies psychiatriques telles que la démence, la dépression, etc., et non à effectuer des liens avec une théorie ou un concept, pouvant fournir une explication sur ces résultats. Étant donné que le sujet est encore novateur à ce jour, il est évident que les études que l’on trouve actuellement en sont encore au stade de la description.</p>
<p>Questions de recherche ou hypothèses</p>	<p>La question de recherche n’est pas formulée d’une manière précise ; en effet, la population à l’étude est mentionnée, mais on ne sait pas à partir de quel âge les détenus sont considérés comme âgés, ni quel est leur sexe. De plus, les pathologies psychiatriques qui sont testées dans cette études ne sont pas énoncées dans la question de recherche. On ne prend connaissance des variables clés et des pathologies précises testées qu’en atteignant la rubrique des résultats. En fait, au lieu d’une question de recherche, les auteurs énoncent le principal objectif de leur étude. Cet objectif est le suivant : déterminer la prévalence des troubles psychiatriques et somatiques, incluant la démence, chez les prisonniers âgés de sexe masculin de 50 ans et plus dans quatre prisons d’Angleterre, afin de déterminer si le taux de détection et de traitement de ces différents troubles s’est amélioré durant ces dix dernières années.</p>

<p>La question de recherche reflète bien le contenu de la recension des écrits, et découle logiquement du but de l'étude. Effectivement, la recension des écrits fait état des précédentes études concernant la prévalence des pathologies psychiatriques parmi la population carcérale âgée.</p> <p>Variables</p> <p>On constate que les différentes variables sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée de peine, le temps d'incarcération et le motif d'incarcération. Cela reflète le concept de la population carcérale. • Anxiété, dépression, schizophrénie, phobie, démence, etc. Cela reflète le concept des pathologies psychiatriques. • Âge, qui reflète le concept des détenus âgés. <p>La variable « durée de la peine » est mesurée à l'aide des indicateurs « court », « moyen », ou « long », chacun étant défini par un nombre de mois donné. 0-47 mois pour « court », 48-119 pour « moyen », et plus que 120 mois pour « long ».</p> <p>La variable « temps passé en prison » est mesurée à l'aide des mêmes indicateurs.</p> <p>La variable « infraction » est mesurée à l'aide de divers motifs rencontrés au sein de l'échantillon (délit sexuel, violence, drogue, fraude, cambriolage et brigandage, vol et escroquerie, ou autre).</p>	<p>Méthodes</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Les détenus correspondant à l'échantillon de cette étude ont dû confirmer par écrit leur consentement pour participer à cette étude ; de plus, la participation était totalement volontaire, et les données récoltées entièrement confidentielles. Par ailleurs, le protocole de l'étude a été</p>
--	--

préalablement soumis à des commissions d'éthique.

Bénéfices de l'étude pour les participants

Le risque principal de l'implication des participants à cette étude est le fait que des informations privées concernant leur santé soient divulguées. Or, les entretiens étaient conduits dans la cellule du prisonnier, ou dans une salle privée ce qui minimise grandement ces risques. De plus, les informations récoltées pour cette étude sont anonymes. L'étude semble donc plutôt montrer des retombées positives pour les participants.

Population et échantillon

La méthode d'échantillonnage utilisée est non-probabiliste. En effet, les participants sont sélectionnés de par leur âge, et leur statut de détenu. De plus, l'échantillonnage se limite à la population accessible, c'est-à-dire ceux qui ont donné leur consentement, au sein de prisons qui ont elles-mêmes donné leur consentement.

Il est certain que davantage de participants aurait rendu les résultats de l'étude plus représentatifs ; cependant, il est normal que tout le monde ne désire pas participer, que ce soit au niveau des prisons ou des détenus. Le fait d'utiliser un échantillonnage non-probabiliste se justifie ; effectivement, il est nécessaire de ne retenir que les participants dont les variables conviennent aux critères de l'étude (âge, être incarcéré, être un homme).

Population : La population des 237 prisonniers âgés des quatre prisons d'Angleterre est suffisamment détaillée ; nous savons à partir de quel âge les participants à l'étude ont été retenus, qu'il s'agit de détenus, et que ce sont des hommes.

Échantillon : Concernant l'échantillon, nous savons qu'ils distinguent trois tranches d'âge (50 - 59 ans = 74 individus), 60 - 69 ans (40), 70 ans et plus (7), et sont au nombre total de 121. La moyenne d'âge de l'ensemble est de 58,4 ans. Plus de 80% purgent des peines depuis plus de 4

ans. Seulement 4% sont en prison depuis plus de 10 ans. Par ailleurs, ils fournissent également des informations sur les raisons d'incarcérations ; par exemple, on nous informe que 59,5% des détenus de l'échantillon sont incarcérés pour des délits sexuels, 29,7% d'entre eux sont incarcérés pour motif de violence, 7,2% pour motif lié à la drogue.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par le nombre de prisons et de détenus âgés incarcérés dans ces prisons ayant accepté de participer à l'étude. Malgré le fait que plus l'échantillon est grand, plus l'étude est représentative, les 121 détenus âgés participant à l'étude sont déjà un échantillon relativement large, comparé à la population totale des détenus âgés au sein des quatre prisons, qui est de 237 détenus. L'échantillon représente 51,05% de la population totale des détenus âgés au sein des quatre prisons. Les auteurs précisent au passage que cet échantillon représente 4,7% du total des détenus âgés de 50 et plus en Angleterre et dans le Pays de Galles. Nous pensons donc que cette étude est plutôt fiable d'un point de vue statistique.

Devis de recherche

Le devis est descriptif. Il permet d'atteindre le but de l'étude, car ce but vise à décrire la prévalence des pathologies psychiatriques au sein de la population des détenus âgés.

Validité interne et externe

Étant donné qu'il n'y a pas d'intervention dans cette étude (étude descriptive), la question de la validité interne et externe ne se pose pas.

Méthode de recherche

Les chercheurs ont utilisé des entretiens et des outils tels que des échelles évaluant différentes pathologies afin de mettre en évidence les pathologies psychiatriques chez la population à l'étude. Ils ont ensuite comparé avec les données trouvées dans les dossiers médicaux des détenus âgés. Cela paraît approprié pour évaluer la prévalence de ces pathologies au sein de cette population, et si la détection de ces pathologies est efficace ou non.

Les chercheurs ont utilisé trois types d'échelles lors de leurs entretiens, ainsi que les dossiers médicaux des détenus, qui sont correctement décrits. Les trois visent à évaluer l'état mental des participants, spécifiquement chez les personnes âgées. Ces échelles nous paraissent donc adaptées.

Les outils de mesure utilisés sont : Geriatric Mental State Examination (GMSE), l'une des échelles d'évaluation de l'état mental des personnes âgées les plus utilisées de par le monde), Mini-Mental State Examination (MMSE, Échelle permettant d'évaluer les fonctions cognitives et la mémoire. Cela est souvent utilisé dans les cas de suspicion de démences), Short Form 12 (SF-12, Échelle permettant d'évaluer la qualité de vie, par rapport à des pathologies mentales ou somatiques chroniques), et les dossiers médicaux des détenus.

Fidélité et la validité des outils de mesure

Au niveau de la fidélité, elle est évaluée ; en effet, chacune des échelles est largement utilisée dans le domaine de la santé et considérée comme très fiable.

Au niveau de la validité, on peut dire que ces outils de mesure reflètent bien les concepts recherchés, puisqu'ils évaluent l'état mental des personnes âgées de manière large.

Processus de collecte des données

La collecte de données est décrite d'une manière relativement précise. Les entretiens, réalisés entre le 1^{er} octobre 2008 et le 19 mars 2009, ont duré entre 30 à 90 minutes. Les chercheurs ont pu effectuer leurs entretiens dans une pièce privée ou dans la cellule personnelle du prisonnier. De plus, nous connaissons les outils de mesure utilisés, et savons que les personnes qui les ont manipulés y avaient été entraînées préalablement. On nous dit également dans cet article que les chercheurs ont eu accès au dossier médical seulement après avoir réalisés leurs entretiens, afin de ne pas être influencés.

Biais

Les chercheurs ont été préalablement entraînés à l'utilisation de ces outils de mesure, et ils avaient une expérience professionnelle dans les systèmes de santé mentale au préalable ; de plus, comme dit plus haut, les chercheurs n'ont eu accès aux dossiers médicaux qu'à la fin de l'étude, afin d'éviter toute influence dans leurs mesures à l'aide des échelles.

Méthodes d'analyse statistique

Les méthodes statistiques sont précisées ; les chercheurs ont utilisé le logiciel SPSS (Statistical package for Social sciences), le principal logiciel pour l'analyse statistique en sciences sociales.

Elles sont appropriées : calcul des fréquences (% de tel diagnostic), calcul des moyennes (ex : moyennes d'âge), associations statistiques entre variables (ex : entre les diagnostics et les motifs d'incarcération).

	<p>Influence des facteurs susceptibles d'influer sur les résultats</p> <p>Rien n'a été précisé à ce sujet dans cette étude.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Interprétation des résultats</p> <p>Les résultats sont présentés à travers trois thèmes principaux : les facteurs de risque de la dépression, l'utilisation de la médication psychiatrique et l'état de santé physique (ce dernier occupant une place plus secondaire dans l'article).</p> <p>Les facteurs de risque de la dépression en prison (Tableau 4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Témoignage d'un antécédent de troubles psychiatriques (Parmi les prisonniers ayant de tels antécédents, 59,3% ont eu un diagnostic de dépression) • Incarcération suite à un acte de violence (66,7% des prisonniers ayant été enfermés suite à ce type de délits ont eu un diagnostic de dépression). • Avoir plus de 65 ans (75% des prisonniers ayant plus de 65 ans ont eu un diagnostic de dépression). <p>Il semblerait que la dépression n'est pas liée à une mauvaise santé physique.</p> <p>De plus, les prisonniers incarcérés suite à des délits sexuels ont moins de chance de développer une dépression (63,6% des prisonniers enfermés suite à des délits sexuels ne montrent pas de diagnostic de dépression).</p>

L'utilisation de la médication psychiatrique :

- Seulement 18% des prisonniers démontrant un diagnostic de dépression suite à l'évaluation avec l'échelle (assistée du logiciel) GMS-AGECAT (échelle évaluant l'état mental des personnes âgées) ont une prescription médicale de médication psychiatrique (antidépresseurs) de la classe appropriée.

État de santé physique (Tableau 5) :

- 43,8% des prisonniers ont une prescription documentée dans leur dossier concernant au moins un type de médicament relatif à des problèmes de santé physique.
- Le dossier médical des détenus rapporte 171 cas de problèmes physiques, d'après 93 dossiers de détenus. Cela représente 1,8 problème de santé par prisonnier.
- Durant l'étude, 265 problèmes de santé physiques sont rapportés, d'après 117 prisonniers. Cela représente 2,26 problèmes par prisonnier.

Tableaux et figures

Tableau 1 :

Dans le tableau numéro 1, nous avons une comparaison entre l'échantillon de cette étude et la population totale des détenus âgés. Ils sont comparés au regard de la durée de leur peine, le temps d'incarcération et le motif d'incarcération.

Les informations importantes à relever sont les suivantes :

- **Longueur de la peine** : La majorité (51%) des prisonniers de l'échantillon purgent une peine longue (>120 mois).
- **Temps de détention effectué** : La majorité (49,6%) des prisonniers de l'échantillon ont déjà purgé un temps de détention moyen (48 à 119 mois).
- **Infraction** : La majorité (59,5%) des prisonniers de l'échantillon ont commis un délit d'ordre sexuel.

Tableau 2 :

Dans le tableau numéro 2, la prévalence des morbidités psychiatriques nous est présentée selon les échelles GMS-AGECAT (Échelle d'évaluation de l'état mental chez la personne âgée) and MMSE (Mini-Mental State Examination). Nous voyons quels sont les taux de prisonniers à la fois faisant partie de l'échantillon et d'une étude précédente (Fazel et al, 2001) qui ont des diagnostics de pathologies psychiatriques. Les pathologies testées sont : La dépression, l'anxiété, troubles mentaux organiques (diminution des fonctions mentales à la suite d'une maladie physique), schizophrénie, manie, troubles obsessionnels compulsifs, hypocondrie, démence. Le taux de prisonniers sans aucun diagnostic nous est aussi présenté.

Diagnostics	Étude présentée dans cet article (2011)	Fazel et al. (2001)
Dépression (tous types)	83,3%	93,7%
Anxiété	3,3%	-
Troubles mentaux d'origine	3,3%	3,12%

organique			
Phobies	1,6%	-	
Schizophrénie	3,3%	1,56%	
Manies	1,6%	-	
Troubles obsessionnels	3,3%	1,56%	
Hypocondrie	-	1,56%	
Démence MMSE 10-19	0,8%	-	
Démence MMSE 20-26	12%	-	

- Ce que l'on peut mettre en évidence par rapport à ces résultats est que le taux de dépression est élevé ; c'est le trouble mental majoritaire dans les deux études. Le taux a cependant baissé de 2001 à 2011.
- On peut également mettre en évidence que le taux de démence est extrêmement faible en utilisant l'échelle MMSE 10-19 (Mini-Mental State evaluation), mais beaucoup plus haut si l'on utilise l'échelle MMSE 20-16 (Mini-Mental State evaluation).

Tableau 3 :

Le tableau 3 compare les résultats obtenus sur la qualité de vie (outil SF-12) au niveau mental et physique entre trois études.

Tableau 4 :

Dans le tableau numéro 4, on nous présente les taux de dépressions avec les témoignages d'antécédents de troubles mentaux, les infractions de type violence, une mauvaise santé physique (selon l'échelle SF12 PCS qui évalue la qualité de vie en lien avec des affections physiques chroniques), et les infractions de type sexuelle.

- Témoignage d'un antécédent de troubles psychiatriques (Parmi les prisonniers ayant de tels antécédents, 59.3% ont eu un diagnostic de dépression)
- Incarcération suite à un acte de violence (66,7% des prisonniers ayant été enfermés suite à ce type de délits ont eu un diagnostic de dépression).
- Avoir plus de 65 ans (75% des prisonniers ayant plus de 65 ans ont eu un diagnostic de dépression).

Tableau 5 :

Le tableau numéro 5, nous présente le décalage entre les problèmes de santé rapportés par les détenus de l'échantillon et les problèmes de santé effectivement documentés dans leur dossier médical.

Les problèmes de santé ciblés sont les suivants : Problèmes psychiatriques, cardiovasculaires, musculo-squelettiques, respiratoires, génitaux, neurologiques, dermatologiques, endocriniens, gastro intestinaux, audition, vision, hématologiques, cancer, autres.

	Problèmes de santé identifiés dans le dossier médical des détenus	Problèmes de santé rapportés par les détenus
Troubles psychiatriques	7%	19,2%
Troubles cardiovasculaires	22%	17,7%
Troubles musculosquelettiques	23,2%	23,7%
Troubles respiratoires	8,7%	8,3%
Troubles génitaux et / ou urinaires	5,8%	3,8%
Troubles endocriniens	4,6%	4,9%
Troubles gastro intestinaux	5,8%	6,8%
Troubles neurologiques	2,3%	5,6%
Troubles dermatologiques	5,2%	3%
Troubles de l'audition, ou de la vue	9,3%	3,8%
Troubles hématologiques	2,3%	0,75%
Cancer	1,2%	2,2%

Autre	1,7%	-
-------	------	---

Signification des résultats d'un point de vue statistique et clinique

D'un point de vue statistique et clinique, on voit que les résultats sont effectivement significatifs.

On voit donc que pour certains problèmes de santé, davantage de troubles sont rapportés par les détenus lors de l'étude, que ce qui est documenté dans leurs dossiers médicaux.

Notamment dans les cas suivants :

- Troubles psychiatriques
- Troubles musculosquelettiques
- Troubles endocriniens
- Troubles gastro intestinaux
- Troubles neurologiques
- Cancer

Les cas où il y a davantage de diagnostics dans les dossiers médicaux que de cas rapportés par les détenus lors de l'étude sont les suivants :

- Les troubles cardiovasculaires
- Les troubles respiratoires

	<ul style="list-style-type: none"> - Les troubles génitaux et / ou urinaires - Les troubles dermatologiques - Les troubles de la vue et de l'ouïe - Les troubles hématologiques
<p>Discussion</p>	<p>Discussion des résultats</p> <p>Les résultats sont interprétés en fonction de l'objectif de l'étude, qui était de savoir quelle était la prévalence des pathologies psychiatriques au sein de la population des détenus âgés, et si cette prévalence s'était modifiée depuis dix ans.</p> <p>De plus, les résultats relatifs aux problèmes de type somatique sont également interprétés, bien que ne faisant pas partie de la question de recherche.</p> <p>Concordance des résultats avec les études antérieures menées sur le même sujet</p> <p>Ce que l'on peut mettre en évidence par rapport aux résultats actuels et à ceux des études antérieures (notamment Fazel et al., 2001) est que le taux de dépression est élevé dans les deux cas ; c'est le trouble mental majoritaire dans les deux études. Le taux a cependant légèrement baissé de 2001 à 2011.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>L'une des principales limites à cette étude est un taux de participation relativement bas, qui est de 51%. De plus, dans les détenus âgés ayant</p>

accepté de participer, la majorité purgent une peine pour un délit d'ordre sexuel ; or, il nous a été présenté dans l'article que les prisonniers âgés purgeant ce type de peine sont moins sujets à des problèmes de dépression. On peut donc supposer que des taux de dépression encore plus hauts auraient pu être trouvés si l'échantillon avait été plus "typique", c'est-à-dire sans une majorité de prisonniers âgés purgeant une peine pour le même type d'infraction.

Conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique

Les résultats montrent que beaucoup de problèmes psychiatriques, mais également somatiques, ne sont pas détectés chez les prisonniers âgés. Dans ces conditions, il paraît difficile de garantir à cette population une prise en charge infirmière et médicale adéquate. Il est donc nécessaire d'assigner davantage de ressources à la prise en soins des détenus âgés, afin qu'ils soient autant considérés que leurs homologues plus jeunes. Cette problématique est d'autant plus importante étant donné l'augmentation de la population des détenus âgés au sein de nos prisons.

Recommandations pour les recherches futures

Les auteurs recommandent de réévaluer l'utilisation de l'outil MMSE (échelle d'évaluation de l'état mental chez la personne âgée) au sein des prisons. En effet, ils se demandent si le nombre de points limite servant à déterminer une démence est adéquat pour la population carcérale, étant donné que l'emprisonnement lui-même affecte la cognition. Le taux de démence trouvé au sein de cette étude n'est que de deux, cependant la pratique clinique suggérerait que ce taux aurait dû être plus haut. Cela voudrait donc dire que la démence a tendance à passer inaperçue dans les prisons.

Ils recommandent également d'effectuer des études similaires sur les femmes âgées détenues, car aucune étude de ce type n'a été menée à ce jour.

Annexe II

	<p>Williams, B., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R., et Walter, L. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 57 : 1286-1292</p> <p>Le titre démontre les concepts et la population à l'étude, qui sont l'évaluation des handicaps liés à la vieillesse chez les prisonniers âgés (plus de 55 ans), à travers les témoignages des agents de détention en charge de l'unité de ces prisonniers.</p> <p>Cette étude est menée en Californie, dans 11 prisons différentes.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé comporte des informations sur toutes les grandes lignes de la recherche, mais n'a pas été structuré en rubriques précises ; tout y est écrit d'un bloc.</p> <p>Problème : La population des prisonniers âgés augmente dans les prisons, mais pourtant peu d'informations sont encore données au sein des prisons concernant les handicaps liés à la vieillesse et les soins en milieu carcéral.</p> <p>Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la capacité chez les agents de détention à repérer les handicaps liés à la vieillesse chez les détenus âgés, et de comparer leurs conclusions aux rapports du département de correction et de réadaptation de Californie (CDCR).</p> <p>Cadre de recherche : Pas de cadre de recherche.</p> <p>Population : 71 agents de détention rattachés à 618 prisonniers âgés (âgés de plus de 55 ans, formant 4 groupes d'âge → 55 à 59 ans,</p>

60 à 65 ans, 65 à 70 ans, et plus de 70 ans), sélectionnés au hasard dans 11 prisons des USA. Un ajout de 41 cas de détenus âgés a été fait à l'échantillon. Ceux-ci ont été identifiés par les agents de détention comme étant à haut risque concernant les handicaps liés à la vieillesse qu'ils présentent.

Méthode : Outils utilisés pour cette étude

Questionnaire distribué aux agents de détention basé sur :

- Leur connaissance du détenu (Pas du tout connu, un petit peu connu, ou connu)
- Les activités de la vie quotidienne, ou AVQ (qui comporte les items suivants : manger, se laver, s'habiller, se mobiliser, éliminer)
- Les déficiences selon le critère d'Armstrong (Items : besoin d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide accessoire pour se mobiliser, déficience visuelle, déficience auditive, déficience langagière)
- Les syndromes gériatriques, évalués selon le Minimum Data Set, ou MDS (Items : chutes durant l'année précédente, incontinence quotidienne ou occasionnelle, dans les 14 derniers jours, déficits mnésiques)
- Le niveau de sécurité du détenu (sécuré, ou insécuré, par rapport aux handicaps liés à la vieillesse qu'il présente, selon les agents de détention)
- Les diagnostics médicaux posés par deux médecins
- Le rapport du CDR sur les handicaps liés à la vieillesse (évalués selon le critère d'Armstrong)

Résultats : 211 détenus âgés (34.1% de l'échantillon ; près d'un tiers de l'échantillon) étaient inconnus de leurs agents de détention. 407 étaient connus par les agents et selon eux 5% rencontraient des difficultés dans les AVQ. 3,1% de détenus ne seraient pas en sécurité, selon les agents de détention. Les agents de détention identifient plus d'incapacités que le CDCR, et les 41 détenus âgés qu'ils

	<p>ont identifiés comme étant à haut risque ont davantage de probabilités (22%) d'avoir des handicaps dans leurs AVQ (contre 5,2% dans l'échantillon sélectionné de manière aléatoire), ainsi que des syndromes gériatriques (chutes, incontinence, déficits mnésiques).</p> <p>Discussion : Dans l'ensemble, près d'un tiers des détenus gériatriques étaient inconnus de leur agent de détention. Une amélioration significative de l'évaluation de l'incapacité liée à la vieillesse chez les prisonniers âgés est nécessaire pour les officiers et le CDCR.</p>
<p>Introduction</p>	
<p>Problème de recherche</p>	<p>Énoncé du problème de recherche</p> <p>Le problème de recherche est clairement formulé.</p> <p>La population âgée (plus de 55 ans) carcérale américaine a considérablement augmenté ces dernières années. Les soins gériatriques à l'extérieur de la prison reposent sur la famille ou les amis pour prodiguer des soins aux personnes présentant des déficits liés à la vieillesse et pour informer les médecins des changements, ou symptômes dans l'état de santé. En prison, ce sont les détenus entre eux ou les agents de détention qui font ces soins, ou reportent des changements dans l'état de santé, de manière informelle. En effet, les agents de détention ne sont pas officiellement reconnus comme devant effectuer ces tâches, et ne sont pas non plus formés à cela.</p> <p>Justification du problème de recherche</p> <p>La population carcérale âgée augmente, et les déficiences liées à la vieillesse engendrent des coûts, particulièrement lorsqu'elles ne sont pas détectées.</p>

	<p>Signification particulière du problème de recherche pour la discipline concernée</p> <p>Pour prodiguer des soins de qualité, il faut pouvoir être au courant d'un problème de santé ou d'un handicap ; si ces derniers ne sont pas correctement évalués par les protagonistes les plus proches des détenus, ils ne seront pas pris en charge de manière adéquate.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Travaux de recherche antérieurs</p> <p>Les auteurs de l'article font référence à des études existantes sur la population âgée en milieu carcéral et en général. Par exemple, dans la partie « discussion » ils mentionnent des écrits sur l'apport d'une modification de l'environnement de vie de la personne âgée pour améliorer ses capacités fonctionnelles (références 11 et 13 de leur bibliographie). De même, dans la présentation de la problématique (première partie de l'article), ils s'appuient sur différentes études (état de santé des prisonniers âgés plus grave que chez les détenus jeunes, le handicap comme facteur de risque de morbidité et mortalité chez les détenus âgés, etc.).</p> <p>Selon Sterns et al. (2008), les chercheurs ont relevé les problèmes liés à l'âge croissant de la population carcérale aux États-Unis. Les résultats confirment que les problèmes concernant une population carcérale vieillissante dans les établissements correctionnels américains peuvent être évités en modifiant délibérément les installations existantes, la formation du personnel et la programmation pour soutenir et héberger les détenus plus âgés fragiles.</p>

	<p>De plus, une étude aux USA traite du rôle du personnel pénitentiaire dans la prise en soins des détenus atteints de maladie mentale grave. Les auteurs affirment que de nombreux rôles et devoirs traditionnellement attribués aux médecins peuvent, et doivent souvent être remplis non seulement par des professionnels du domaine psychiatrique, mais également par du personnel de ligne tel que les agents de détention et les infirmières. De plus, le climat optimal pour un traitement efficace est celui où les professionnels de la santé mentale et le personnel de ligne travaillent en collaboration, d'autant plus que le personnel de ligne est seul en contact avec les détenus 24 heures par jour. Des exemples de cas montrent comment les agents de détention, les infirmières et les autres membres du personnel de ligne exécutent chacun des activités auprès des détenus. Ces activités spécifiques reposent sur le traitement de santé mentale en prison. Cela s'illustre lors des consultations, en parlant avec les détenus, lors d'activités et programmes comportementaux ou de la médication. La reconnaissance et l'encouragement de ces activités amélioreront la qualité des services et réduiront le stress pour le personnel et les détenus. (Dvoskin et al., 2004)</p> <p>Sources de la recension des écrits</p> <p>La recension des écrits s'appuie sur des sources secondaires et primaires ; relativement à ces dernières, nous pouvons mettre en évidence des études épidémiologiques sur l'état de santé des détenus.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Il n'y a pas de cadre de recherche dans cette étude ; en effet, les auteurs soulignent le fait qu'on en sait peu sur la question des handicaps liés à la vieillesse chez les détenus âgés. Cette étude est donc descriptive, et un cadre de recherche s'applique difficilement à ce type d'étude.</p>
<p>Questions de recherche</p>	<p>Il n'y a pas de question de recherche à proprement parler, mais il y a un objectif à l'étude, qui est le suivant : Évaluer la capacité chez les agents de détention à repérer les handicaps liés à la vieillesse chez les détenus âgés, et de comparer leurs conclusions aux rapports</p>

<p>hypotheses</p>	<p>du département de correction et de réadaptation de Californie (CDCR).</p> <p>Nous pouvons observer que le but de l'étude découle naturellement de l'introduction, qui met en avant l'augmentation de la population des détenus âgés des États-Unis, qui a augmenté de 173% entre 1997 et 2005, ce qui crée des coûts également en augmentation, puisqu'un détenu âgé coûte environ 3x plus qu'un jeune détenu. Il est également dit que les soins gériatriques à l'extérieur de la prison reposent sur la famille ou les amis pour prodiguer des soins aux personnes présentant des déficits liés à la vieillesse et pour informer les médecins des changements, ou symptômes dans l'état de santé. En prison, ce sont les détenus entre eux ou les agents de détention qui font ces soins, ou reportent des changements dans l'état de santé, de manière informelle. Il est donc logique de vouloir évaluer la capacité des agents de détention à détecter ces handicaps liés à la vieillesse, puisque les proches des détenus âgés ne peuvent pas le faire.</p> <p>Variables</p> <p>Voici les variables et leurs indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge : Indicateurs = 55 à 60 ans, 60 à 65 ans, 65 ans à 70 ans et plus de 70 ans • État de santé (par rapport aux diagnostics posés par les deux médecins mandatés par l'étude) : Indicateurs = Hypertension, diabète mellitus type 2, maladie artérielle ou coronarienne, maladie vasculaire périphérique, virus humain à l'origine d'une déficience immunitaire, hépatite B ou C, arthrose, démence, accident vasculaire cérébral, bronchopneumopathie obstructive ou asthme, cancer • Déficience fonctionnelle dans les AVQ : Indicateurs = s'habiller, manger, se mobiliser, se laver, éliminer, handicap dans l'une ou plusieurs AVQ • Syndromes gériatriques : Indicateurs = Incontinence, chute dans l'année précédente, déficits mnésiques, déficience dans la
--------------------------	---

	<p>mobilité, déficience auditive, déficience visuelle, déficience langagière</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noté comme ayant un handicap lié à la vieillesse par le CDCR : Indicateurs = dépendant d'un fauteuil roulant, déficience dans la mobilité (besoin d'un moyen auxiliaire pour se déplacer), déficience auditive, déficience visuelle, déficience langagière • Hospitalisé dans les deux années précédentes
<p>Méthodes</p>	<p>Considérations éthiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune information identifiable n'a été collectée concernant les agents de détention. • Les agents de détentions ont participé à l'étude de manière volontaire. <p>Bénéfices de l'étude pour les participants</p> <p>Cette étude a pour but d'évaluer l'état des capacités d'évaluation des agents de détention dans la détection des handicaps liés à la vieillesse, et d'encourager une amélioration de celles-ci dans le futur. Cette étude sera normalement bénéfique, dans le futur, aux agents de détention comme aux détenus.</p> <p>Population et échantillon</p> <p>Deux manières de sélectionner l'échantillon : l'une est aléatoire, l'autre d'après les renseignements apportés par les agents de détention (existence de prisonniers âgés à hauts risques pour leur santé, selon eux).</p> <p><u>Échantillon</u>: 71 agents de détention rattachés à 618 prisonniers âgés (âgés de plus de 55 ans, formant 4 groupes d'âge → 55 à 59 ans,</p>

60 à 65 ans, 65 à 70 ans, et plus de 70 ans), sélectionnés au hasard dans 11 prisons des USA. Un ajout de 41 cas de détenus âgés a été fait à l'échantillon. Ceux-ci ont été identifiés par les agents de détention comme étant à haut risque concernant les handicaps liés à la vieillesse qu'ils présentent.

Taille de l'échantillon

Définie par une liste générée par le CDCR ; il s'agit de tous les prisonniers âgés de plus de 55 ans dans 11 prisons (sur un total de 33) de Californie. Ces prisons ont été choisies car elles possèdent la plus grande population de détenus âgés ; ce choix est donc justifié sur une base statistique.

Devis de recherche

Le devis est descriptif. Il permet d'atteindre le but de l'étude, car peu de données sont disponibles actuellement sur ce sujet ; il faut donc en générer par des études descriptives.

Validité interne et externe

Étant donné qu'il n'y a pas d'intervention dans cette étude (étude descriptive), la question de la validité interne et externe ne se pose pas.

Méthode de recherche

Outils utilisés pour cette étude :

• Questionnaire distribué aux agents de détention basé sur :

- Leur connaissance du détenu (Pas du tout connu, un petit peu connu, ou connu)
- Les activités de la vie quotidienne, ou AVQ (qui comporte les items suivants : manger, se laver, s'habiller, se mobiliser, éliminer)
- Les déficiences selon le critère d'Armstrong (Items : besoin d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide accessoire pour se mobiliser, déficience visuelle, déficience auditive, déficience langagière)
- Les syndromes gériatriques, évalués selon le Minimum Data Set, ou MDS (Items : chutes durant l'année précédente, incontinence quotidienne ou occasionnelle, dans les 14 derniers jours, déficits mnésiques)
- Le niveau de sécurité du détenu (sécuré, ou insécuré, par rapport aux handicaps liés à la vieillesse qu'il présente, selon les agents de détention)
- Les diagnostics médicaux posés par deux médecins
- Le rapport du CDR sur les handicaps liés à la vieillesse (évalués selon le critère d'Armstrong)

Fidélité et la validité des outils de mesure

Au niveau de la fidélité, elle n'est pas évaluée, et aurait pu l'être.

Au niveau de la validité, on peut dire que ces outils de mesure reflètent bien les concepts recherchés, puisqu'ils permettent d'évaluer les différents handicaps liés à la vieillesse dans la vie quotidienne détectés par les agents de détention, les différentes pathologies présentes dans la population des détenus âgés participant à l'étude, le nombre de ces derniers étant reportés comme ayant un handicap lié à la vieillesse dans le rapport du CDCR, et le nombre d'hospitalisations dans les deux années précédentes.

Processus de collecte des données

Les questionnaires administrés aux agents de détention se faisaient sous la forme d'un interview en face à face. Forme de ces interviews :

- Leur connaissance du détenu (Pas du tout connu, un petit peu connu, ou connu)
- Les activités de la vie quotidienne, ou AVQ (qui comporte les items suivants : manger, se laver, s'habiller, se mobiliser, éliminer)
- Les déficiences selon le critère d'Armstrong (Items : besoin d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide accessoire pour se mobiliser, déficience visuelle, déficience auditive, déficience langagière)
- Les syndromes gériatriques, évalués selon le Minimum Data Set, ou MDS (Items : chutes durant l'année précédente, incontinence quotidienne ou occasionnelle, dans les 14 derniers jours, déficits mnésiques)
- Le niveau de sécurité du détenu (sûre, ou insûre, par rapport aux handicaps liés à la vieillesse qu'il présente, selon les agents de détention)
- Diagnostics des pathologies des détenus âgés participant à l'étude par deux médecins certifiés.
- Le rapport du CDR sur les handicaps liés à la vieillesse (évalués selon le critère d'Armstrong)

Biais

Certaines mesures ont été mises en place afin de diminuer les biais : deux médecins certifiés ont été mandatés afin de diagnostiquer les différentes pathologies des détenus âgés participant à l'étude ; de plus, les questionnaires donnés aux agents de détention étaient administrés par un médecin certifié ou un assistant de recherches.

Méthodes d'analyse statistique

- Les caractéristiques démographiques et cliniques des prisonniers connus et inconnus de leur agent de détention ont été analysées par “t-tests” et “chi-squares” analyses. Ces deux tests ont également été utilisés afin de comparer le taux de handicaps dans les AVQ, les syndromes gériatriques et le nombre d’hospitalisations dans les 2 années précédentes entre l’échantillon des 41 détenus et celui de l’échantillon aléatoire (les 618 détenus).
- Le “McNemar test” a été utilisé pour déterminer la concordance entre les prisonniers identifiés comme présentant un handicap lié à la vieillesse par les agents de détention et dans le rapport du CDCR.
- Des pourcentages ont été utilisés pour déterminer l’évaluation des agents de détention par rapport aux handicaps dans les AVQ, les déficiences liées au critère d’Armstrong et les syndromes gériatriques.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel suivant : Stata 0.9 software.

Influence des facteurs susceptibles d’influer sur les résultats

Ces facteurs sont pris en compte plus loin dans l’article (discussion).

- Les dates des rapports du CDCR n’étaient pas disponibles ; il était donc impossible de déterminer si les différences remarquées entre l’évaluation des agents de détention et les rapports du CDCR étaient dues à un facteur temporel.
- De plus, aucune information n’a été collectée concernant le temps depuis lequel les agents de détention exercent leurs fonctions au sein des unités où l’étude a pris place ; tout ce que l’on sait, c’est que ces agents sont en fonction depuis deux semaines au moins. On ne peut donc pas savoir si leur évaluation des handicaps des détenus diffère en fonction d’un

	facteur relié à leur expérience et leur connaissance des détenus dans leur unité.
<p>Résultats</p>	<p>Interprétation des résultats</p> <p>Les résultats sont interprétés en fonction de quatre rubriques.</p> <p>1. La connaissance des prisonniers âgés par leur agent de détention</p> <p>211 détenus âgés (34.1% de l'échantillon ; près d'un tiers de l'échantillon) étaient inconnus de leurs agents de détention ; il s'agit de 27,3% de prisonniers âgés de 70 ans ou plus. 407 prisonniers sont connus de leur agent de détention.</p> <p>Les prisonniers connus sont légèrement plus âgés que les prisonniers inconnus (61,7% contre 60,7%), et ont plus de chance d'avoir été hospitalisés dans les deux années précédentes (31% contre 15,7%).</p> <p>Les prisonniers connus et inconnus ne diffèrent pas quant à la présence d'un handicap selon le critère d'Armstrong, même si les prisonniers notés comme ayant une déficience auditive dans le rapport du CDCR ont plus de chance d'être connus de leur agent de détention (4,8% contre 1,4%).</p> <p>Les deux groupes ne diffèrent pas quant aux diagnostics médicaux posés, excepté dans le cas du diabète mellitus de type 2 (18,4% des prisonniers connus contre 12,2% inconnus ayant un diabète).</p> <p>Exemple frappant → Un détenu de 73 ans présentant une déficience dans sa mobilité selon le CDCR, est assigné à un lit en hauteur, et il est inconnu de son agent de détention.</p>

2. Détection des handicaps liés à la vieillesse et les syndromes gériatriques par les agents de détention

Les agents de détention ont détecté 5% des prisonniers connus (20 détenus sur 407) comme ayant un handicap dans la vie quotidienne.

Le plus fréquemment détecté est un handicap pour se laver (4%) et se mobiliser (3,2%).

Concernant les syndromes gériatriques, les agents de détention ont détecté 18,6% de déficience dans la mobilité, 6,4% de déficience auditive, 4,8% de chute durant l'année précédente, 3,3% d'incontinence, et 6,5% de déficits mnésiques.

Les agents de détention ont identifié 3,1% des prisonniers âgés connus comme étant insécures dans leur unité, et estiment que 16,5% auraient besoin d'un transfert dans une unité où un niveau supérieur de soins pourraient leur être prodigué.

Exemple frappant → Un agent de détention décrit un détenu âgé de 63 ans atteint de la maladie de Parkinson comme ayant besoin d'une assistance totale ; il estime que sa place est davantage dans un EMS que dans une prison.

3. La concordance entre l'évaluation des agents de détention et le rapport du CDCR concernant les handicaps liés à la vieillesse

Les agents de détention ont globalement détecté de plus hauts taux de handicaps liés à la vieillesse que dans les rapports du CDCR. On constate par exemple que les officiers ont détecté 18,6% de déficience de mobilité (contre 13,3% pour le CDCR), 3,6% de déficience visuelle (contre 4,8% pour le CDCR), 6,4% de déficience auditive (contre 4% pour le CDCR), 1,5% de déficience langagière (contre 0% pour le CDCR) et 8,9% d'utilisation de fauteuils roulants (contre 3,8% pour le CDCR).

On constate donc que les taux concernant la mobilité et le langage surtout sont significatifs. Seul le taux de la déficience visuelle est supérieur dans le rapport du CDCR, par rapport aux évaluations des agents de détention.

Exemple marquant → Un détenu âgé de 70 ans, avec aucune mention de handicap lié à la vieillesse dans les rapports du CDCR est désigné comme étant à haut risque par son agent de détention car il a de forts déficits mnésiques ; il se perd dans les couloirs en

rentrant à sa cellule, oublie de prendre ses médicaments, oublie qu'il est en prison...

4. Les prisonniers âgés désignés comme à haut risque par les agents de détention

Concernant les 41 détenus âgés n'étant pas dans l'échantillon tiré aléatoirement, mais ayant été désigné comme étant à haut risque par les agents de détention, voici ce que l'on constate :

Les prisonniers sont en moyenne plus âgés que dans l'échantillon des 618 détenus âgés tirés aléatoirement (moyenne d'âge de 66,7 pour les 41 détenus, et de 61,7 pour les 618 détenus).

Ils ont également davantage de probabilités d'avoir un handicap dans la vie quotidienne (22% des 41 détenus en ont, contre 5% des 407 détenus de l'échantillon aléatoire, connus de leur agent de détention), ainsi que des déficiences de la mobilité, visuelles, auditives, de l'incontinence ou des occurrences de chutes ; beaucoup de ces prisonniers identifiés comme à hauts risques ont également plus d'un syndrome gériatrique associé.

Tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques des prisonniers âgés mis en rapport avec le fait d'être connus ou non par leur agent de détention.

- Âge : Indicateurs = 55 à 60 ans, 60 à 65 ans, 65 ans à 70 ans et plus de 70 ans
- État de santé (par rapport aux diagnostics posés par les deux médecins mandatés par l'étude) : Indicateurs = Hypertension, diabète mellitus type 2, maladie artérielle ou coronarienne, maladie vasculaire périphérique, virus humain à l'origine d'une déficience immunitaire, hépatite B ou C, arthrose, démence, accident vasculaire cérébral, bronchopneumopathie obstructive ou asthme, cancer

- Noté comme ayant un handicap lié à la vieillesse par le CDCR : Indicateurs = dépendant d'un fauteuil roulant, déficience dans la mobilité (besoin d'un moyen auxiliaire pour se déplacer), déficience auditive, déficience visuelle, déficience langagière
- Hospitalisé dans les deux années précédentes

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon aléatoire des 618 prisonniers âgés comparés aux 41 prisonniers définis par les agents de détention comme à hauts risques

- Âge : Indicateurs = 55 à 60 ans, 60 à 65 ans, 65 ans à 70 ans et plus de 70 ans
- Déficience fonctionnelle dans les AVQ : Indicateurs = s'habiller, manger, se mobiliser, se laver, éliminer, handicap dans l'une ou plusieurs AVQ
- Syndromes gériatriques : Indicateurs = Incontinence, chute dans l'année précédente, déficits mnésiques, déficience dans la mobilité, déficience auditive, déficience visuelle, déficience langagière
- Noté comme ayant un handicap lié à la vieillesse par le CDCR : Indicateurs = dépendant d'un fauteuil roulant, déficience dans la mobilité (besoin d'un moyen auxiliaire pour se déplacer), déficience auditive, déficience visuelle, déficience langagière
- Hospitalisé dans les deux années précédentes

Figure 1 : Concordance entre l'évaluation des agents de détention et le CDCR concernant les handicaps liés à la vieillesse dans l'échantillon aléatoire des 407 prisonniers connus de leur agent de détention.

La figure compare les taux de handicaps reliés à la vieillesse dans le rapport du CDCR et par l'évaluation des agents de détention concernant 4 déficiences → Déficience de mobilité, visuelle, auditive et langagière.

	<p>On voit que davantage de prisonniers âgés seraient identifiés comme présentant l'un de ces quatre handicaps liés à la vieillesse si le rapport du CDCR et l'évaluation des agents de détention étaient utilisés.</p> <p>Signification des résultats d'un point de vue statistique et clinique</p> <p>Les résultats sont tout à fait significatifs ; en effet, étant donné que les agents de détention ont identifié davantage de handicaps liés à la vieillesse que le rapport du CDCR n'en présente, cela prouve l'utilité d'utiliser les agents de détention comme lien entre les prisonniers et le système de santé.</p> <p>L'article met également en évidence que les agents de détention n'ont détecté que peu de handicaps chez les détenus qu'ils connaissent (seulement 5%), bien que leur taux de détection soit meilleur que celui du CDCR. On peut donc en conclure que la formation des agents de détention à l'évaluation des handicaps liés à la vieillesse serait positive pour la prise en charge médicale des détenus âgés.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Discussion des résultats</p> <p>Cette étude a permis de constater que les agents ont identifié plus de détenus gériatriques handicapés que ne le feraient les rapports du CDCR. Cependant, les auteurs jugent nécessaire d'améliorer considérablement les capacités d'évaluation de l'incapacité des agents de détention chez les détenus âgés ; en effet, les agents de détention n'ont détecté de handicaps que chez 5% des détenus âgés de l'échantillon des détenus connus. Or, ce taux de handicaps est inférieur à celui de la population âgée non-incarcérée (12,3%), ce qui suggère une sous-évaluation de ceux-ci de la part des agents de détention (car la population carcérale présente des taux traditionnellement bien supérieurs de handicaps en comparaison avec la population libre). Quant au rapport du CDCR, la sous-évaluation qu'il présente reflète certainement, selon les auteurs, d'une fréquence de réévaluation insuffisante.</p>

Concordance des résultats avec les études antérieures menées sur le même sujet

Il semblerait que dans une étude concernant l'évaluation des handicaps chez les personnes âgées de la population libre, des sous-estimations de ces handicaps soient fréquents. (Gill et al., 2002)

Limites de l'étude

L'information sur la durée de l'affectation de chaque agent n'a pas été recueillie (même s'il est dit que les agents devaient être en fonction depuis au moins 2 semaines dans leur unité pour être admis dans l'étude), de sorte qu'il n'a pas été possible de déterminer si la durée de l'affectation était associée à la connaissance du statut d'invalidité.

De plus, il faudrait pouvoir comparer le rapport de l'agent et l'auto-évaluation du handicap par le détenu ; or, les détenus n'ont pas du tout été questionnés au sein de cette étude.

Conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique

Comme dit plus haut, les agents de détention sont un lien entre les détenus et le système de santé ; on constate l'efficacité de ce lien, puisque les agents de détention ont détecté davantage de handicaps liés à la vieillesse qu'il n'en figure dans le rapport du CDCR.

Cependant, on constate également que l'efficacité de l'évaluation des agents de détention reste à améliorer, puisqu'ils n'ont détecté de handicaps que pour 5% de l'échantillon des détenus qu'ils connaissent ; or, ce taux est certainement largement sous-évalué, étant donné que la prévalence des handicaps chez la population âgée libre lui est supérieur.

Les résultats de cette étude nous poussent donc à encourager une formation afin d'aider les agents de détention à repérer d'éventuels handicaps chez les détenus âgés, afin d'améliorer leur prise en charge.

Recommandations pour les recherches futures

Les travaux futurs devraient être axés sur l'identification d'autres handicaps propres au milieu carcéral, qui menacent la sécurité ou l'indépendance fonctionnelle, et sur l'évaluation de l'exactitude des rapports des agents correctionnels sur les incapacités des détenus. Ce sont les premières étapes cruciales qui permettront d'identifier les problèmes de santé et de les résoudre, afin de réduire les coûts et d'améliorer la santé et la sécurité des personnes âgées incarcérées.

Annexe III

	<p>Nowotny, M. K., Cepeda, A., James-Hawkins L., et Boardman D. J. (2016). Growing old behind bars : Health profiles of the older male inmate population in the United States. <i>Journal of Aging and Health</i>, 28 (6), 935-956.</p> <p>Les concepts et la population sont présents dans le titre ; il s'agit de la mise en place de profils de santé chez la population des détenus âgés de sexe masculin (c'est-à-dire ayant plus de 50 ans).</p> <p>L'étude prend place aux USA, à un niveau national.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Les grandes lignes de la recherche sont présentes dans le résumé, excepté le problème, qui est présent plus loin dans l'article.</p> <p>Problème : La population des détenus âgés a augmenté de plus d'une moitié de 1990 à 2009 aux USA. Il y a à présent 124'000 prisonniers âgés de 55 ans et plus, comparé à seulement 8'853 en 1981. Cela engendre des coûts importants ; en effet, 16 billions est dépensé annuellement pour les soins médicaux des prisonniers âgés de 50 ans et plus. Il est donc nécessaire de comprendre les besoins spécifiques en matière de santé de cette population de détenus vieillissants.</p> <p>Objectifs : L'objectif de cette étude est d'examiner les modèles de poly morbidités des détenus âgés de sexe masculin, et ceci au sein de quatre domaines de la santé (maladies chroniques, maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue, handicaps, et santé mentale et comportementale), afin de comprendre les besoins complexes de cette population, et de pouvoir ainsi les prendre en charge d'une manière plus adéquate et donc moins coûteuse.</p>

Cadre de recherche : Pas de cadre de recherche.

Population et échantillon : Dans un premier temps, 287 prisons ont participé à l'étude ; elles ont été sélectionnées aléatoirement au sein de 1'585 prisons d'état des USA.

Dans un deuxième temps, 14'499 prisonniers ont été sélectionnés aléatoirement au sein des prisons participant à l'étude ; au final, 1,026 prisonniers ont été sélectionnés parmi eux, car ils réunissaient toutes les caractéristiques d'admission à l'étude. Ces prisonniers sont des hommes âgés de 50 ans ou plus, ayant donné leur accord pour participer à cette étude. 63,9% des prisonniers de l'échantillon sont incarcérés pour un délit de violence, 13,8% pour un délit de violation de la propriété d'autrui et 11, 1 % pour un délit lié à la drogue. 52,9% d'entre eux n'ont jamais été incarcéré auparavant, et 3,6% d'entre eux purgent une peine de prison à perpétuité.

Méthode : Les données proviennent du Bureau des statistiques de justice (BJS) ; le sondage des détenus des prisons d'État datant de 2004 a été utilisé afin de produire un échantillon représentatif de prisonniers. Le logiciel de traitement de données utilisé se nomme « Latent Class Regression Analysis » ; il a servi à examiner 22 problèmes de santé parmi 1,026 hommes âgés de 50 ans et plus. Les quatre domaines de la santé ayant été investigués sont les maladies chroniques, les maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue, les handicaps, et la santé mentale et comportementale.

- Maladies chroniques : Cancer, hypertension, diabète, problèmes cardiaques, problèmes de rein, arthrose et asthme. Ces maladies ont été évaluées sur la base des dires des détenus.
- Maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue : Cirrhose, hépatites, HIV et infections sexuellement transmissibles (IST). Les trois premières maladies ont été évaluées sur la base des dires des détenus ; la dernière à l'aide d'un diagnostic.
- Handicaps : Déficit visuel (même avec l'utilisation de lunettes), auditif (même avec l'utilisation d'appareillages), déficit

cognitif et le besoin d'aide dans la vie de tous les jours (par exemple, le recours à une canne, un tintébin, etc).

- Santé mentale et comportementale : Dépression, syndrome post-traumatique, consommation de drogue ou d'alcool, injection de drogue, blessure intentionnelle (agression), blessure accidentelle durant la durée d'incarcération, ou traumatisme durant l'enfance (abus sexuel ou violence). Les deux premières maladies ont été évaluées sur la base d'un diagnostic, la consommation de substance a été évaluée selon une échelle de consommation de substance, sur la base de « jamais consommé », ou « déjà consommé ».
- Facteurs démographiques : Âge, ethnie (Blanc, Noir, et originaire d'Amérique latine), statut matrimonial (jamais marié, séparé, divorcé, veuf, et marié), éducation (diplômes de hautes écoles ou non), statut de vétéran, nombre de précédentes incarcérations, et nombre d'années purgées durant l'incarcération actuelle.

Résultats : Quatre classes de détenus âgés de sexe masculin ont été identifiés. 1. Relativement en bonne santé (45,1%), 2. Consommateurs de substances avec des problèmes de santé liés au comportement (23,4%), 3. Mauvaise santé chronique avec handicaps et violence et / ou blessures (23,6%) et 4. En très mauvaise santé relativement aux quatre domaines de la santé étudiés (7,9%).

Discussion : Cette étude démontre la complexité de la santé des détenus âgés de sexe masculin. Le système de santé au sein des prisons a besoin de comprendre les risques, les expositions, et les besoins en matière de santé de cette population spécifique, actuellement en augmentation.

<p>Introduction</p>	
<p>Problème de recherche</p>	<p>Énoncé du problème de recherche</p> <p>Le problème et le sujet de l'étude sont clairement formulés.</p> <p><u>Problème</u> : La population des détenus âgés a augmenté de plus d'une moitié de 1990 à 2009 aux USA. Il y a à présent 124'000 prisonniers âgés de 55 ans et plus, comparé à seulement 8'853 en 1981. Cela engendre des coûts importants ; en effet, 16 billions est dépensé annuellement pour les soins médicaux des prisonniers âgés de 50 ans et plus. Il est donc nécessaire de comprendre les besoins spécifiques en matière de santé de cette population de détenus vieillissants.</p> <p><u>Sujet / objectif</u> : L'objectif de cette étude est d'examiner les modèles de poly morbidités des détenus âgés de sexe masculin, et ceci au sein de quatre domaines de la santé (maladies chroniques, maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue, handicaps, et santé mentale et comportementale), afin de comprendre les besoins complexes de cette population, et de pouvoir ainsi les prendre en charge d'une manière plus adéquate et donc moins coûteuse.</p> <p>Justification du problème de recherche</p> <p>Le problème est tout à fait justifié dans le contexte des connaissances actuelles ; en effet, peu d'études abordent les problèmes soulevés par l'augmentation de la population des détenus âgés sous l'angle des poly morbidités. La majorité des études se focalisent sur des pathologies isolées, alors que les détenus âgés sont souvent atteints de plus d'une pathologie, ce qui rend la compréhension des besoins de santé de cette population complexe.</p>

	<p>Signification particulière du problème de recherche pour la discipline concernée</p> <p>La compréhension est un prérequis essentiel à la prise en charge adéquate de cette population spécifique. Si les besoins de la population des détenus âgés ne sont pas compris, ils ne peuvent être satisfaits. Cela mène à une péjoration fréquente de l'état de santé des détenus âgés, menant à une baisse de leur qualité de vie et à des coûts importants pour le système de santé carcéral.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Travaux de recherche antérieurs</p> <p>Les travaux de recherche antérieurs sont pertinents. Les auteurs effectuent une recension des écrits tout à fait logique en passant par plusieurs thèmes afin d'offrir au lecteur une bonne compréhension de l'état actuel des recherches sur ce sujet.</p> <p><u>Thèmes abordés :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'augmentation de la population des détenus âgés dans les prisons d'Amérique et les coûts engendrés par ce phénomène. 2. Les raisons pour lesquelles la population des détenus âgés augmente, et les conséquences que cela engendre (notamment la question de la mort en prison). 3. Comparaison entre l'état de santé de la population libre et de la population carcérale du même âge, avec la notion du vieillissement précoce des prisonniers. 4. Les différentes recherches sur l'état de santé de la population des détenus âgés (santé mentale, handicaps physiques et mentaux, handicaps dus à la vieillesse) et les conséquences du sous-diagnostic des maladies au sein de cette population. 5. La situation de santé des détenus venant d'être relâchés.

	<p>Les recherches concernant les détenus âgés sont limitées, cependant, celles ayant été réalisées rapportent que cette population ne présente pas une bonne santé. En effet, au sein de la population carcérale, l'âge de 50 ans est utilisé pour caractériser le passage au statut de "personne âgée", alors que dans la population libre cette transition se situe à l'âge de 65 ans. (AbuDagga, 2006) Cela est dû au vieillissement précoce engendré par la vie en milieu carcéral. (Aday, 2003 ; Loeb et Abudagga, 2006)</p> <p>Les recherches concernant les maladies mentales, les handicaps fonctionnels, les syndromes gériatriques et les handicaps cognitifs sont également limitées. Cependant, les recherches existantes rapportent que les pathologies psychiatriques sont sous-diagnostiquées et sous-traitées dans les milieux carcéraux. (Aday, 2003)</p> <p>Concernant les études traitant des handicaps et des syndromes gériatriques, elles rapportent que les taux de déficits visuels, auditif, d'incontinence et de chutes au sein de la population des détenus âgés sont hauts (Williams et Abraldes, 2007 ; Williams, Ahalt, et Greifinger, 2014).</p> <p>Selon une étude traitant des déficits cognitifs, 40% des détenus âgés en présenterait, ce qui est un taux bien plus conséquent que celui présenté par la population libre (Williams et al., 2014).</p> <p>Sources de la recension des écrits</p> <p>La recension des écrits s'appuie en priorité sur des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</p> <p>Il n'y a pas de cadre conceptuel, car il s'agit d'une étude descriptive ; cela n'apporterait donc pas grand-chose à l'étude.</p>
Questions de	<p>Il n'y a pas de question de recherche, mais le but de l'étude est clairement énoncé. La population et les variables clés sont mises en</p>

<p>recherche ou hypothèses</p>	<p>évidence.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'examiner les modèles de poly morbidités des détenus âgés de sexe masculin, et ceci au sein de quatre domaines de la santé (maladies chroniques, maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue, handicaps, et santé mentale et comportementale), afin de comprendre les besoins complexes de cette population, et de pouvoir ainsi les prendre en charge d'une manière plus adéquate et donc moins coûteuse.</p> <p>Nous pouvons observer que le but de l'étude reflète le contenu de la recension des écrits, qui fait un état des connaissances actuelles concernant la population des détenus âgés. Ces connaissances concernent principalement la prévalence de pathologies isolées au sein de la population des détenus âgés, alors que selon les auteurs, l'étude des poly morbidités que présente cette population la décrirait mieux.</p> <p>Variables</p> <p>Les différentes variables sont : l'âge, ethnie (Blanc, Noir, et originaire d'Amérique latine), statut matrimonial (jamais marié, séparé, divorcé, veuf, et marié), éducation (diplômes de hautes écoles ou non), statut de vétéran, nombre de précédentes incarcérations, et nombre d'années purgées durant l'incarcération actuelle.</p> <p>Les autres variables concernent les différents groupes de pathologies recherchés (Voir dans « Résumé »).</p>
<p>Méthodes</p>	<p>Considérations éthiques</p> <p>La participation à l'étude était volontaire, de plus les données concernant les détenus ont été rendues anonymes et peuvent donc apparaître publiquement.</p>

Bénéfices de l'étude pour les participants

Le principe de la protection des données personnelles a été respecté ; de plus, le but de cette étude est de produire davantage d'informations sur la population des détenus âgés, ce qui devrait mener à une meilleure compréhension de leurs besoins en matière de santé dans le futur, ce qui paraît bénéfique.

Population et échantillon

La méthode d'échantillonnage est une méthode probabiliste. Elle est tout à fait adaptée à l'étude qui se veut représentative, puisque c'est le mode d'échantillonnage le plus représentatif.

Dans un premier temps, 287 prisons ont participé à l'étude ; elles ont été sélectionnées aléatoirement au sein de 1'585 prisons d'état des USA.

Dans un deuxième temps, 14'499 prisonniers ont été sélectionnés aléatoirement au sein des prisons participant à l'étude ; au final, 1,026 prisonniers ont été sélectionnés parmi eux, car ils réunissaient toutes les caractéristiques d'admission à l'étude. Ces prisonniers sont des hommes âgés de 50 ans ou plus, ayant donné leur accord pour participer à cette étude. 63,9% des prisonniers de l'échantillon sont incarcérés pour un délit de violence, 13,8% pour un délit de violation de la propriété d'autrui et 11, 1% pour un délit lié à la drogue. 52,9% d'entre eux n'ont jamais été incarcéré auparavant, et 3,6% d'entre eux purgent une peine de prison à perpétuité.

Échantillon : Hommes âgés de 50 ans ou plus, ayant donné leur accord pour participer à cette étude. 63,9% des prisonniers de l'échantillon sont incarcérés pour un délit de violence, 13,8% pour un délit de violation de la propriété d'autrui et 11, 1% pour un délit lié à la drogue. 52,9% d'entre eux n'ont jamais été incarcéré auparavant, et 3,6% d'entre eux purgent une peine de prison à perpétuité.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par le nombre de détenus sélectionnés aléatoirement réunissant les caractéristiques nécessaires à l'étude.

Devis de recherche

C'est un devis descriptif, qui permet tout à fait d'atteindre le but de l'étude puisque ce but est de décrire la population des détenus âgés de sexe masculin relativement aux poly morbidités qu'ils présentent.

Validité interne et externe

Étant donné qu'il n'y a pas d'intervention dans cette étude (étude descriptive), la question de la validité interne ne se pose pas. Concernant la validité externe, la question ne se pose pas non plus étant donné que cette étude n'est pas expérimentale mais descriptive.

Méthode de recherche

La méthode de recherche est appropriée. En effet, l'objectif est d'obtenir des résultats valables au niveau national ; l'utilisation des données du Bureau des statistiques de justice (BJS), par le sondage des détenus des prisons d'État datant de 2004 paraît donc adéquate.

Les données proviennent du Bureau des statistiques de justice (BJS) ; le sondage des détenus des prisons d'État datant de 2004 a été utilisé afin de produire un échantillon représentatif de prisonniers. Le logiciel de traitement de données utilisé se nomme "Latent Class

Regression Analysis” ; il a servi à examiner 22 problèmes de santé parmi 1,026 hommes âgés de 50 ans et plus. Les quatre domaines de la santé ayant été investigués sont les maladies chroniques, les maladies reliées à la consommation d’alcool et / ou de drogue, les handicaps, et la santé mentale et comportementale.

Les instruments de mesure sont assez peu décrits.

Instruments de mesure utilisés :

- Les dires des détenus
- Diagnostics établis
- Échelle évaluant la consommation de substance (“jamais consommé” ou “déjà consommé”). Cette échelle n’est pas davantage décrite.

Fidélité et la validité des outils de mesure

La fidélité et la validité des outils de mesure ne sont pas évaluées.

Processus de collecte des données

Données issues du Bureau des statistiques de justice (BJS).

Biais

Étant donné que les données n’ont pas été récoltées au sein de l’étude directement, mais grâce à des statistiques nationales, il n’y a

	<p>normalement pas de biais au regard de la collecte des données.</p> <p>Méthodes d'analyse statistique</p> <p>Le logiciel utilisé se nomme "Latent Class Regression Analysis" ; il a servi à examiner 22 problèmes de santé parmi 1,026 hommes âgés de 50 ans et plus.</p> <p>Ensuite, le "Akaike Information Criterion" et le "Bayesian Information Criterion" ont été utilisés afin d'évaluer le nombre de classes le plus adéquat à établir.</p> <p>Influence des facteurs susceptibles d'influer sur les résultats</p> <p>Les auteurs sont notamment conscients que certaines des données utilisées pour leur étude sont établies sur la base des dires des détenus, à la place d'un diagnostic établi par un médecin certifié ; elles sont donc moins fiables que si elles s'appuyaient sur le diagnostic d'experts.</p>
	<p>Interprétation des résultats</p> <p>Les résultats sont présentés en fonction des quatre profils (classes) établis à partir de l'échantillon.</p> <p>1. Première classe : Relativement en bonne santé</p> <p>Cette classe comporte 45,1% des détenus de l'échantillon. Les détenus compris dans cette classe sont relativement en bonne santé, et servent de référence ; ils sont donc comparés avec les trois autres classes (tableau 2).</p>

Résultats	<p data-bbox="191 179 239 2072">2. Deuxième classe : Consommateurs de drogue et / ou alcool avec des problèmes de santé liés au comportement</p> <p data-bbox="239 179 558 2072">On peut constater que ces détenus ont un taux important de maladies liées à la consommation de drogue et / ou d'alcool. Les taux de HIV (3,5%) et d'hépatites (27,3%) au sein de cette classe sont élevés. Les détenus de cette classe ont également des problèmes de santé liés au comportement, incluant la dépendance à une substance (56,6%), l'injection de drogue (64,6%), les blessures intentionnelles (16,6%), et les blessures accidentelles (20,8%). Cette classe de détenu est plus jeune que la première classe, et présente un nombre d'incarcération précédent plus élevé.</p> <p data-bbox="558 179 606 2072">3. Troisième classe : Mauvaise santé chronique</p> <p data-bbox="606 179 718 2072">Les détenus faisant partie de cette classe ont une mauvaise santé chronique avec de multiples handicaps et souffrent de traumatismes et de blessures (tableau 1).</p> <p data-bbox="718 179 877 2072">Cette classe présente le plus haut taux de prévalence concernant 5 des 7 maladies chroniques, incluant le cancer (10,1%), l'hypertension (60%), le diabète (30,1%), les problèmes cardiaques (40,1%) et les problèmes de rein (12,4%).</p> <p data-bbox="877 179 957 2072">Ils présentent également le deuxième plus haut taux de prévalence concernant l'asthme (17,7%) et l'arthrose (65,2%).</p> <p data-bbox="957 179 1037 2072">Par rapport aux handicaps, un tiers de ces détenus rapportent des déficits visuels et auditifs, avec environ un quart requérant une aide dans la vie de tous les jours, comme une canne ou un tintebin.</p> <p data-bbox="1037 179 1197 2072">Finalement, ces détenus rapportent de hauts taux de blessures accidentelles (28,3%), de blessures intentionnelles durant leur détention (14,5%) et de traumatismes d'enfance (12,7%).</p> <p data-bbox="1197 179 1276 2072">Cette classe est plus âgée que la première, avec la moyenne d'âge la plus élevée de toutes (61 ans).</p> <p data-bbox="1276 179 1348 2072">Ils apparaissent comme ayant une santé médiocre en raison du vieillissement, malgré leurs taux faibles de maladies liées à la drogue</p>
------------------	--

et / ou l'alcool, et de maladies mentales.

4. Quatrième classe : En très mauvaise santé

Cette classe est caractérisée par sa très mauvaise santé dans les quatre domaines de la santé retenus dans cette étude (tableau 1).

Ils présentent les plus hauts taux de toutes les maladies, excepté concernant le cancer, le HIV et les maladies sexuellement transmissibles.

Cette classe présente le plus haut taux de cirrhose (14,8%), et de tous les quatre handicaps retenus dans le cadre de cette étude. En effet, pratiquement la moitié de cette classe présente des déficits visuels et auditifs, même avec l'utilisation d'une aide (lunettes, appareillages).

C'est également la seule classe présentant des déficits cognitifs, avec un tiers rapportant ce type de trouble.

Ce groupe de détenu reporte également le plus haut taux de tous les problèmes de santé mentale et comportementale, excepté pour l'injection de drogue (qui reste cependant élevé, avec un pourcentage de 53,5%). Plus de la moitié de ces détenus présentent une dépression, un tiers présente un syndrome post-traumatique, et trois quarts ont une dépendance à une substance.

Les taux de blessures intentionnelles sont relativement hauts (22,9%), et 35,7% souffrent de blessures accidentelles durant leur incarcération. Pratiquement un tiers ont souffert d'abus sexuels et de violence physique durant leur enfance.

Malgré le nombre de poly morbidités présent au sein de cette classe, on remarque que celle-ci a une moyenne d'âge significativement plus jeune que celle du groupe de référence, la première classe ; en effet, cette classe présente la moyenne d'âge la plus basse des quatre classes (53,7 ans).

Ce qu'on peut également mettre en évidence, est que cette classe a environ 2,5 fois plus de probabilité d'être un vétéran que dans la

première classe. Ils ont également plus de probabilité d'avoir été incarcéré plus d'une fois.

Cette classe ne représente que 7,9% de l'échantillon, mais nécessite un traitement substantiel et complexe en raison des multiples poly morbidités présentées, dans tous les domaines de la santé évalués lors de cette étude.

Tableaux et figures

Tableau 1 :

Le tableau 1 présente les quatre profils des détenus âgés identifiés dans cette étude.

Leur taux en pourcentage pour chaque pathologie dans les quatre domaines de la santé retenus pour l'étude est indiqué.

- Maladies chroniques : Cancer, hypertension, diabète, problèmes cardiaques, problèmes de rein, arthrose et asthme.
- Maladies reliées à la consommation d'alcool et / ou de drogue : Cirrhose, hépatites, HIV et infections sexuellement transmissibles (IST).
- Handicaps : Déficit visuel (même avec l'utilisation de lunettes), auditif (même avec l'utilisation d'appareillages), déficit cognitif et le besoin d'aide dans la vie de tous les jours (par exemple, le recours à une canne, un tintebin, etc).
- Santé mentale et comportementale : Dépression, syndrome post-traumatique, consommation de drogue ou d'alcool, injection de drogue, blessure intentionnelle (agression), blessure accidentelle durant la durée d'incarcération, ou traumatisme durant l'enfance (abus sexuel ou violence).

Tableau 2 :

Le tableau 2 présente les différents facteurs démographiques des classes 2, 3 et 4 comparés avec la classe 1, qui est la classe Relativement en bonne santé et qui sert de référence.

Facteurs démographiques : Âge, ethnique (Blanc, Noir, et originaire d'Amérique latine), statut matrimonial (jamais marié, séparé, divorcé, veuf, et marié), éducation (diplômes de hautes écoles ou non), statut de vétéran, nombre de précédentes incarcérations, et nombre d'années purgées durant l'incarcération actuelle.

Tableau 3 :

Le tableau 3 présente le taux en pourcentage des différents facteurs démographique (voir ci-dessus) dans les quatre classes établies durant l'étude.

Signification des résultats d'un point de vue statistique et clinique

Les résultats sont effectivement significatifs. Les résultats de cette étude montrent bien l'hétérogénéité de la population des détenus âgés et la complexité de leur état de santé. Cette complexité est bien mise en évidence par l'idée de des auteurs d'aborder et de décrire cette population en employant une vision axée sur la poly morbidité et non sur les pathologies de manière isolée. Force est de constater que les détenus âgés des quatre groupes cumulent souvent des pathologies entre elles, ce qui rend leur situation de santé bien plus complexe.

De plus, l'hétérogénéité de cette population suppose des besoins spécifiques à chacun des quatre groupes établis durant cette étude ; or, il faut pouvoir décrire ces groupes avant de pouvoir analyser leurs besoins. Cette étude est donc réellement significative.

Discussion	<p data-bbox="225 1469 252 1771">Discussion des résultats</p> <p data-bbox="292 192 368 1771">Les résultats sont interprétés relativement aux quatre classes de détenus âgés de sexe masculin qui ont été établis durant cette étude ; c'est-à-dire :</p> <p data-bbox="408 192 539 1771">1. Relativement en bonne santé (45,1%), 2. Consommateurs de substances avec des problèmes de santé liés au comportement (23,4%), 3. Mauvaise santé chronique avec handicaps et violence et / ou blessures (23,6%) et 4. En très mauvaise santé relativement aux quatre domaines de la santé étudiés (7,9%).</p> <p data-bbox="643 775 670 1771">Concordance des résultats avec les études antérieures menées sur le même sujet</p> <p data-bbox="710 192 786 1771">Il est difficile de répondre à cette question car les études menées précédemment n'ont pas employé le même fonctionnement ; en effet, elles n'ont pas utilisé une méthode axée sur les poly morbidités, mais plutôt sur des pathologies de manière isolée.</p> <p data-bbox="826 192 903 1771">On constate cependant des problèmes de santé importants au sein de la population des détenus âgés de sexe masculin, ce qui concorde avec certaines des études mentionnées dans la recension des écrits.</p> <p data-bbox="1007 1541 1034 1771">Limites de l'étude</p> <p data-bbox="1074 192 1214 1771">Les auteurs sont notamment conscients que certaines des données utilisées pour leur étude sont établies sur la base des dires des détenus, à la place d'un diagnostic établi par un médecin certifié ; elles sont donc moins fiables que si elles s'appuyaient sur le diagnostic d'experts.</p> <p data-bbox="1254 192 1331 1771">De plus, les auteurs appuient sur le fait que cette étude est strictement descriptive ; elle n'étudie pas les liens de cause à effet qui peuvent engendrer les résultats mis en évidence dans leur étude.</p>
-------------------	--

Conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique

Les conséquences sont importantes. En effet, une meilleure connaissance des profils des détenus âgés de sexe masculin permettra une meilleure prise en charge au niveau médical, une meilleure qualité de vie pour ces détenus, et probablement une diminution des coûts engendrés par la péjoration de l'état de santé de certains détenus âgés dont les besoins n'ont pas pu être correctement évalués et pris en charge.

Plusieurs thématiques importantes concernant la discipline, et la pratique clinique sont également mises en évidence par les auteurs :

1. Difficultés liées aux soins, ou à l'accès aux soins

Les auteurs mentionnent notamment une possible difficulté d'accès aux soins lorsque les détenus âgés, à la fin de leur peine, sortent de prison. En effet, il semblerait qu'une peine longue et la consommation de drogues affectent négativement la façon d'envisager la vie après la fin de l'incarcération, et ce plus encore dans le cas des prisonniers âgés réintégrant des communautés désavantagées, ne bénéficiant que de peu de ressources au niveau des services de soins.

De plus, lorsque la peine s'étend sur plusieurs années, des changements au niveau des institutions, des services de soins et même du réseau social et familial des détenus peuvent s'être produits ; les détenus âgés sortis de prison ne bénéficient donc plus des repères qu'ils possédaient avant leur incarcération, ce qui la réintégration dans la société et notamment dans le système des soins plus difficile.

Les auteurs mentionnent également une stigmatisation des anciens détenus, surtout dans le cas de détenus ayant effectué de longues peines, ou commis un crime grave. Ces derniers ont notamment des difficultés lorsque leur état de santé nécessiterait une institutionnalisation ; en raison de leur statut d'anciens détenus, ils ne peuvent pas forcément accéder à ce type de soins.

Pour conclure cette première thématique, les auteurs mettent en avant que lorsque des détenus âgés présentent des antécédents de

consommation de drogue chronique, le traitement médicamenteux de la douleur s'en trouve compliqué, en raison d'une accoutumance aux produits consommés.

2. Profils de santé liés à l'ethnie

Les auteurs mettent en avant les particularités qui sont liées à l'ethnie concernant la santé des détenus âgés ayant participé à l'étude.

Il semblerait que les détenus blancs sont surreprésentés dans le groupe en mauvaise santé chronique, tandis que les détenus noirs sont plus concernés par la dépendance aux substances et par des problèmes de comportement.

Les détenus noirs sont également ceux qui sont le plus représentés dans les quatre profils de santé qui ont été identifiés à travers l'étude.

D'après les auteurs, ce résultat ne vient que confirmer ce qui a été constaté dans la population âgée en général. Il semblerait que chez les personnes âgées de la communauté noire, les soins sont de moindre qualité ; ces personnes ont également moins de connaissances sur les soins, et un plus faible recours au système de soins en santé mentale.

3. Impact de l'état de vétéran sur la santé

À l'issue de l'étude, les auteurs mettent en avant le fait que 39% des détenus de plus de 50 ans sont des vétérans (de la guerre du Vietnam pour la plupart) ; cette population particulière est donc très représentée au sein de la population des détenus âgés. Or, une étude précédente avait déjà montré que les détenus âgés étant des vétérans présentaient des taux plus importants d'asthme, de troubles auditifs, et d'états de stress post-traumatique (PTSD) que les détenus âgés n'étant pas des vétérans (Williams et al., 2010).

Les auteurs soulignent également les résultats mis à jour dans leur propre étude : on peut remarquer que les détenus âgés étant des

vétérans sont surreprésentés dans deux classes en plus mauvaise santé.

4. Difficultés liées à l'environnement carcéral

La dernière thématique que les auteurs mettent en évidence est celle des taux élevés de handicaps fonctionnels relevés dans cette étude. En effet, l'environnement carcéral n'est pas modifié afin de devenir plus fonctionnel pour les détenus âgés. Selon les auteurs, il semblerait que cela empêche certains détenus de s'engager dans certaines activités de la vie quotidienne (devoir accéder à la couchette supérieure, ou se coucher sur le sol à cause d'une alarme). Ceux qui ont un handicap visuel et / ou auditif sont confrontés à des incompréhensions quant aux ordres qu'ils doivent suivre, ce qui augmente le risque d'être victimes de violences et d'être accusés de ne pas respecter les règlements. Par ailleurs, les auteurs soulignent également le taux élevé de blessures chez les détenus âgés, qui figure d'ailleurs dans le top 10 des causes de mortalité chez cette population.

Recommandations pour les recherches futures

Les auteurs ont émis plusieurs recommandations, qui ne s'arrêtent pas uniquement aux recherches futures ; certaines sont liées aux thématiques touchant la discipline et la pratique clinique, mises en évidence ci-dessus.

1. Difficultés liées aux soins, ou à l'accès aux soins

Les auteurs recommandent une plus grande sensibilisation à mettre en place auprès des professionnels de la santé lorsqu'ils prennent en charge des anciens détenus, ceci afin de diminuer la discrimination dont ces derniers peuvent être victimes dans leur prise en charge en matière de santé, et d'augmenter leurs opportunités d'accès aux soins.

2. Profils de santé liés à l'éthnie

Les auteurs préconisent une focalisation sur les communautés noires, et plus largement les communautés démunies, étant donné la surreprésentation des détenus noirs dans les trois profils établis pendant l'étude présentant des problèmes de santé. Selon les auteurs, ceci devrait permettre de réduire les inégalités raciales au niveau de la prise en charge sanitaire, qui durent depuis des années.

3. Impact de l'état de vétéran sur la santé

Les auteurs proposent la mise en place d'une étude se concentrant plus spécifiquement sur les troubles sanitaires touchant les détenus âgés vétérans, afin de mieux comprendre et expliquer ceux-ci.

4. Difficultés liées à l'environnement carcéral

Concernant cette thématique, les auteurs recommandent l'élaboration d'évaluation des besoins relatifs aux handicaps fonctionnels présentés par les détenus âgés, afin de pouvoir proposer une meilleure prise en charge au niveau des soins pour ces détenus.

D'une manière plus générale, les auteurs conseillent notamment de continuer à considérer les différents champs de la santé (somatique, psychiatrie, santé comportementale...) d'une manière globale pour voir les détenus âgés d'une manière plus large (vision de la santé holistique). En effet, selon eux, compte tenu de la multiplicité des problèmes de santé présentés par cette population, c'est le seul moyen de comprendre ces troubles, pour pouvoir ensuite analyser leurs besoins spécifiques. Or, les domaines médicaux et psychiatriques sont habituellement séparés tant au niveau du diagnostic que du traitement. Selon les auteurs, une approche plus globale est nécessaire afin de mieux comprendre les besoins de la population des détenus âgés.

Les auteurs recommandent également d'effectuer des recherches futures afin de comprendre les liens de cause à effet engendrant de

<p>tels résultats au niveau des problèmes de santé présentés par cette population. Selon eux, ces liens permettraient par exemple de mettre au point un test clinique afin de repérer les poly morbidités, et de cibler les interventions à mettre en place afin de générer une meilleure prise en charge au niveau médical de ces détenus âgés.</p>	
--	--

Annexe IV

Titre	<p>Touraut, C. (2017). Vieillir en prison. Épreuves partagées et pluralité des expériences. <i>Ethnographiques.org : Revue en ligne des sciences humaines et sociales</i>, 35.</p> <p>Les concepts présents dans le titre sont le vieillissement en prison ainsi que le témoignage des détenus âgés à travers leurs expériences (expériences de l’incarcération, de leur perception de leur propre âge et vieillissement, ainsi que leurs attentes quant à la sortie). Cependant la population étudiée n’est pas mentionnée dans le titre.</p>
Résumé	<p>Le résumé n’est pas synthétisé en rubriques explicites (Problème, méthode, résultats et discussion) ; cependant, le problème, l’objectif de l’étude et la méthode sont exposés. Le résumé expose le fait que le vieillissement en prison a un impact au niveau politique. En effet, il est évoqué que 12% de la population carcérale est composée de détenus âgés de 50 ans ou plus. La problématique qui se pose est donc de savoir comment ces détenus âgés vivent leur incarcération, leur vieillissement en prison, et quelles sont leurs attentes relatives à la sortie. La méthode est essentiellement basée sur les expériences et le vécu détenus âgés, à travers la tenue d’entretiens semi-directifs. Quant aux résultats, ceux-ci vont être mis en lien avec le cadre théorique des idéaux-types de Max Weber.</p>

<p>Introduction</p>	<p>Énoncé du problème de recherche</p> <p>Le phénomène étudié est de comprendre les manières dont les personnes âgées vivent leur incarcération, comment ils se perçoivent eux-mêmes (au niveau de leur âge, et de leur vieillissement), de savoir quelles sont leurs attentes relatives à la sortie et de mettre en évidence les enjeux institutionnels que soulève la vieillesse en prison (Désesquelles et Touraut 2015).</p> <p>Le but final de l'étude est d'analyser les différentes perceptions des détenus âgés quant à leur incarcération au moyen d'une analyse typologique (les idéaux-types, de Max Weber).</p> <p>Signification particulière pour la discipline infirmière</p> <p>Dans l'article il n'y a pas une signification pour la discipline infirmière qui soit mise en évidence par l'auteure. Cependant, dans notre pratique infirmière cela a une signification pour la prise en charge de ces patients. En effet cela nécessite de notre part de connaître quel est leur point de vue par rapport à leur incarcération, leur perception de leur état de santé, leurs attentes quant à l'avenir... Toutes ces informations peuvent se révéler très utiles en termes de prise en charge infirmière.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Travaux de recherche antérieurs</p> <p>Oui, plusieurs recherches sociologiques ont pu être menées. Notamment dans la sociologie du vieillissement et la sociologie carcérale. Les différentes recherches se sont consacrées principalement sur la santé des détenus âgés et la capacité des institutions à assurer la qualité des soins auprès de la population carcérale. L'auteure relève le fait que très peu d'études mentionnent l'expérience du vieillissement des détenus âgés durant leur incarcération.</p>

	<p>Cela a permis à l'auteure de comprendre le fonctionnement du milieu carcéral, sa population ainsi que les relations sociales qui s'y créent. Néanmoins, très peu d'études se sont portées sur le récit des détenus âgés, comme précisé ci-dessus.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Un cadre conceptuel a été utilisé par l'auteure ; il s'agit des idéaux types par Max Weber et les résultats de l'étude sont interprétés selon ceux-ci.</p> <p>Les idéaux-types sont "des tableaux de pensée [...], qui regroupent des individus ayant un vécu de la situation et des comportements comparables". L'auteure a donc créé trois idéaux-types permettant de regrouper les caractéristiques principales des détenus âgés, qui sont un groupe caractérisé par son hétérogénéité (ils n'ont pas d'objectifs communs, de relation particulière entre eux, etc).</p> <p>Les caractéristiques principales des détenus âgés ayant été investiguées afin de constituer ces différents idéaux-types sont les suivants : "le sentiment des acteurs d'avoir eu, ou non, un parcours de vie répondant aux normes sociales dominantes ; le rapport subjectif à l'âge ; leurs manières d'appréhender la sortie de prison."</p>
<p>But, questions de recherche</p>	<p>Le but de l'étude a été clairement énoncé par l'auteure (voir dans la rubrique "Problème de recherche").</p> <p>La question de recherche s'appuie sur le cadre de recherche qui sont les idéaux-type de Max Weber.</p>

<p>Méthode</p>	<p>Population et échantillon</p> <p><u>Population</u> : Il s'agit de détenus âgés de 50 ans ou plus, confondus hommes et femmes.</p> <p><u>Échantillon</u> : L'échantillon n'est que peu détaillé ; on sait cependant qu'il s'agit de détenus âgés des deux sexes, mais on ne sait pas au nombre duquel ils s'élèvent. L'auteure précise avoir également mené des entretiens avec des professionnels, sans préciser la nature de leurs professions.</p> <p>La méthode d'échantillonnage n'est pas précisée dans cet article.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'un devis de recherche phénoménologique. Le but de l'étude vise à rapporter une expérience de vie du point de vue de la personne qui l'a vécue. En effet, ce devis porte sur le récit des détenus âgés, à travers leurs expériences dans le milieu carcéral.</p> <p>Méthode de recherche</p> <p>L'auteure s'est rendue sur le terrain ; plus exactement dans quatre prisons différentes (trois prisons pour hommes, et une pour femmes), où elle a pu mener son étude, à travers 72 entretiens avec des professionnels et 63 entretiens semi-directifs avec des personnes détenues âgées de plus de 50 ans.</p> <p>Étant donné que le devis de recherche choisi propose de récolter des expériences de vie, le choix des entretiens pour mener l'étude paraît justifié.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Rien n'est précisé dans l'article par rapport aux considérations éthiques.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Outils de collecte de données</p> <p>L'outil de collecte de données est décrit d'une manière brève ; il s'agit d'entretiens semi-directifs avec des détenus âgés à partir de 50 ans (hommes et femmes), ainsi qu'avec des professionnels. Il n'est pas expliqué quelles sont les professions qui ont été ciblées pour les entretiens (sanitaire, surveillance, ou autre).</p> <p>Des observations et certaines citations directes issues des entretiens ont été rapportées dans l'étude, à la rubrique des "Résultats".</p> <p>Les données recueillies sont très riches, et sont suffisantes pour avoir permis à l'auteure d'élaborer trois groupes de détenus âgés (rubriques des "Résultats").</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Biais</p> <p>Les données ont été récoltées par l'auteure elle-même, qui possède un doctorat en sociologie. Cela minimise donc les partis pris.</p>

Crédibilité des données	Rien n'est précisé à ce sujet dans l'article.
Analyse des données	L'analyse des données a été décrite de manière suffisamment détaillée ; l'auteure explique qu'elle a utilisé les idéaux-types de Max Weber (voir Cela a permis de constituer trois idéaux-types, qui sont explicités dans la rubrique "Résultats" .
Résultats	
Présentation des résultats	Les thèmes sont logiquement associés entre eux ; le phénomène est clair et bien représenté, notamment à l'aide de différents sous-thèmes.

Les résultats sont présentés sous la forme de deux thèmes, ayant trois sous-thèmes chacun.

1. “Construire ses différences” : Analyse de la manière dont les détenus âgés se perçoivent eux-mêmes, et dans leur relation avec les autres.

- “Se présenter comme étant en décalage”
- “Un forte vulnérabilité”
- “Une vie à distance des autres, limitée à certains espaces de détention”

2. “Des parcours distincts à l’origine d’expériences carcérales plurielles” : Analyse des différents parcours des détenus âgés, et regroupement de ceux-ci selon trois idéaux-types.

- “Des parcours enrayés : Entre désappointement et amertume”
- “Des parcours accomplis : L’acceptation des “retraités” en prison”
- “Des parcours empêchés : Entre espoir de la “dernière chance” et renoncement”

1. “Construire ses différences” : Analyse de la manière dont les détenus âgés se perçoivent eux-mêmes, et dans leur relation avec les autres.

- “Se présenter comme étant en décalage”

Selon l’auteure, les détenus âgés expriment en général un sentiment exacerbé de décalage avec les “autres”, ceux qu’ils considèrent comme “les jeunes”. Cela ne veut pas dire que ces détenus âgés se qualifient de “vieux” ; cependant,

ils utilisent quand même un critère d'âge pour se différencier des autres.

Particulièrement pour les détenus âgés faisant l'expérience de la prison à un âge déjà avancé, les auteurs constatent une insistance sur le fait qu'ils ne feraient pas partie du monde carcéral. Afin d'étaier le décalage dont ils parlent, ils mettent en avant la violence, le peu d'éducation et la consommation de drogues des jeunes détenus de la prison.

Pour les détenus âgés ayant déjà un passé carcéral, et ayant donc l'expérience de la prison, l'accent est davantage mis sur le fait qu'ils considèrent que les détenus plus jeunes ne respectent plus les codes moraux, et le respect inhérent, selon eux, à l'univers carcéral, comme c'était le cas dans le passé.

Selon les auteurs, on peut observer une "reconstruction idéalisée des relations sociales qui auraient existé en prison" ; ce phénomène leur permettrait donc de se voir d'une manière positive, et de creuser les différences existant selon eux, entre eux et les "autres", les "jeunes".

Il est important de souligner que ces faits existent également au sein de la population libre ; les personnes âgées libres ont également cette tendance à tenir des propos critiques quant à l'évolution de la société au niveau comportemental et traditionnel notamment. Selon les auteurs, ce phénomène est nommé "sentiment d'étrangeté au monde" par les sociologues.

D'une manière générale, ce qui peut être souligné est que les détenus âgés mettent fortement en avant des relations positives avec le personnel de surveillance de la prison. Cela constitue une différence de plus entre eux et "les jeunes" qui sont plutôt dans l'opposition quant aux surveillants et à l'institution en général.

- **"Un forte vulnérabilité"**

L'expérience carcérale des détenus âgés est également caractérisée par une impression de vulnérabilité importante. Selon l'auteur, ils rapportent fréquemment ne pas se sentir en sécurité, ou "en position de faiblesse".

Selon les dires de certains détenus, il existerait même des phénomènes d'abus, notamment sous la forme de détenus plus jeunes demandant des biens (cigarettes ou autre).

Malgré le fait qu'il soit difficile de savoir si les détenus âgés sont touchés d'une manière plus importante par ces phénomènes de violences que d'autres minorités au sein de l'univers carcéral, ces faits participent à un climat d'anxiété chez les détenus âgés. Cela résulte notamment à un fort phénomène d'isolement :

"[...] Je laisse même plus la porte ouverte tellement j'ai peur". (Suzanne, 52 ans, CD, condamnée à 11 ans, incarcérée depuis 8 ans, participante à l'étude).

"Je m'isole, pas complètement mais par exemple je n'ose pas aller dans la cour [...]" (Brigitte, 62 ans, CD, condamnée à 10 ans, incarcérée depuis 4 ans, participante à l'étude).

Selon l'auteure, cette vulnérabilité chez les détenus âgés est exacerbée par le phénomène du vieillissement, les affaiblissant au niveau physique. En effet, dans le milieu carcéral "avoir un corps musclé permet de se positionner dans un rapport de domination" ; or, ce sont davantage les détenus plus jeunes qui possèdent des corps musclés. "En prison, les détenus sont considérés comme âgés dès lors qu'ils ne sont plus à même de rentrer dans le jeu de la loi du plus fort à cause de leur affaiblissement corporel".

Un dernier facteur semble précipiter ce sentiment de vulnérabilité chez la population des détenus âgés ; il s'agit de l'association faite par les autres détenus entre le fait d'être âgé en prison, et les crimes à caractère sexuel. En effet, ces délits sont très mal vus dans la population carcérale en général, qui les considère comme "les plus infamants". Les auteurs de crime à caractère sexuel peuvent ainsi être victimes de violence, en guise de représailles, ce qui crée une stigmatisation. Les détenus âgés ont donc une tendance accrue à s'isoler, par peur de cette association faite entre leur âge et ce type de délit, et des violences qui pourraient en découler.

Il semblerait cependant, selon les auteurs, que ce sentiment de vulnérabilité soit atténué chez les détenus âgés ayant déjà passé

de longues années en prison. Ce fait est expliqué par le fait que des antécédents de précédentes incarcérations, ou de longues années passées en prison sont un facteur de respect au sein de la population carcérale.

Le sentiment de vulnérabilité est le plus haut dans les “maisons d’arrêts”, c’est-à-dire en cas d’incarcération en préventive (détention avant jugement).

- **“Une vie à distance des autres, limitée à certains espaces de détention”**

Comme dit précédemment, il est souligné par l’auteur que le sentiment de décalage et de vulnérabilité semble engendrer une isolation importante chez les détenus âgés. Cela semble les mener à sortir très peu de leur cellule.

On peut remarquer que les détenus âgés ont tendance à occuper des endroits particuliers du milieu carcéral, notamment “leur cellule, la bibliothèque, l’unité sanitaire”. Ils ne vont que rarement en revanche dans “la cour de promenade, la salle de musculation ou le gymnase [...]”, car ce sont des lieux où les détenus profitent d’afficher un physique solide, dans le cadre de relations de domination.

La seconde raison justifiant l’occupation de ces espaces très spécifiques est “l’inadaptation de l’architecture des prisons pour accueillir des personnes dont le corps souffre des maux de la vieillesse”. En effet, il a été mis en avant dans l’étude que les détenus âgés éprouvent des difficultés importantes lorsqu’ils doivent marcher, rester en station debout, utiliser les escaliers, ou faire le ménage dans leur cellule, par exemple.

“[...] - Et vous avez des difficultés pour marcher, parfois ?

- Bah parfois oui, ça se coince au niveau de ma hanche, je suis obligée de m’arrêter.”

(Agathe, 52 ans, condamnée à 15 ans, incarcérée depuis 3 ans, participante à l’étude).

Selon l’auteur, les offres d’emploi en milieu carcéral sont également source de difficultés pour les détenus âgés. En effet, ils

nécessitent souvent “des postures physiques qui peuvent être fatigantes ou douloureuses pour des personnes de 50 ans et plus”. Il s’agit notamment fréquemment de travailler debout, ou de porter de lourdes charges.

“J’étais à l’atelier palettes et comme j’ai un handicap à la jambe gauche, tout s’est bloqué, je suis tombé. J’ai marché avec des béquilles durant quatre, cinq mois. [...]”

(Bertrand, 50 ans, CD, condamné à 30 ans, incarcéré depuis 19 ans, participant à l’étude).

L’accès aux emplois peut également s’avérer difficile pour les détenus âgés, en raison du phénomène d’association entre un âge avancé en prison et un crime à caractère sexuel, comme expliqué plus haut. De plus, les détenus n’ayant pas de sources de revenus sont privilégiés concernant l’accès aux emplois, ce qui exclut souvent les détenus âgés, car il n’est pas rare que ceux-ci touchent une retraite.

Les contraintes architecturales, les contraintes concernant les lieux de travail, la “loi du plus fort” régnant sur l’univers carcéral ont tendance à augmenter la sédentarité des détenus âgés, ce qui “[...] tend à renforcer leur position de dominés au sein de l’espace carcéral”. De plus, la sédentarité provoque des dommages au niveau de la santé physique également. On peut donc mettre en évidence que les détenus âgés sont enfermés à deux niveaux ; dans la prison, et dans certains espaces de la prison uniquement.

2. “Des parcours distincts à l’origine d’expériences carcérales plurielles” : Analyse des différents parcours des détenus âgés, et regroupement de ceux-ci selon trois idéaux-types.

- “Des parcours enrayés : Entre désappointement et amertume”

Le premier idéal type est caractérisé par une entrée en prison à un âge relativement avancé ; après que les détenus âgés aient mené ce qu’ils perçoivent comme une vie “normale”. Cet idéal-type est le plus souvent décrit en détention préventive.

Ces détenus âgés, selon les auteurs, vivent leur arrivée en prison comme un “coup d’arrêt violent dans une vie qui devait les conduire sans encombre à une retraite paisible”. Ils sont donc très éprouvés par cette incarcération, car ils n’avaient jamais pensé être un jour incarcérés.

Ils ont tendance à mettre en avant d’autant plus leur décalage avec le milieu carcéral, en mentionnant l’ordinaire de leur vie pré-incarcération ; ils soulignent le fait d’avoir eu un travail, une famille, etc...

L’incarcération est très rude pour eux particulièrement à trois niveaux :

1. Le fait de devoir laisser “en suspens les rôles sociaux joués à l’extérieur”, car les détenus âgés de cet idéal-type considèrent qu’ils avaient des responsabilités très importantes, notamment au niveau professionnel, en raison de leur âge.

“Avec l’âge sont venues les responsabilités et vous les abandonnez brutalement. Il faut accepter cette surculpabilité. [...]”

(Laurent, 53 ans, MA, prévenu, incarcéré depuis 6 mois, participant à l’étude).

2. La vie de tous les jours en prison, car les détenus âgés de cet idéal-type soulignent le fait qu’il est extrêmement difficile pour eux d’apprendre les règles du milieu carcéral, de s’adapter à ce milieu. Ils souffrent notamment de la cohabitation forcée avec un codétenu, ayant souvent un parcours de vie très différent, avec des comportements inhabituels, et avec “des rythmes de vie très différents”.

3. “L’émergence soudaine [...] d’un questionnement relatif à ce que sera leur vie durant la période de la retraite. En effet, les années d’incarcération les empêchent d’avoir une activité professionnelle ; ces détenus ressentent donc de vives inquiétudes quant à leur avenir, et notamment à l’obtention de leur retraite.

“Bah, du coup, il va me manquer des années. [...] je n’aurai pas une grosse retraite.”

(Agathe, 52 ans, CD, condamnée à 15 ans, incarcérée depuis 3 ans, participante à l’étude.)

Selon les auteurs, les détenus âgés expérimentent également des inquiétudes quant à la reprise d’une activité professionnelle post-incarcération. Ils ont peur de terminer leur peine “à un âge où il leur sera difficile de trouver un nouvel emploi”.

L’idéal-type est teinté “d’amertume” lorsque les détenus âgés contestent leur présence ici, ne reconnaissent pas le délit commis, les ayant menés à être incarcérés. “Leur ressentiment découle de l’injustice que représenterait l’incarcération dans un parcours de vie exemplaire que l’incarcération vient entacher injustement”.

Ces détenus soulignent un vieillissement engendré par l’incarcération ; ils disent notamment que leur humeur s’est assombrie, qu’ils se sentent désormais vieux, ce qui n’était pas le cas auparavant. Selon les auteurs, l’injustice ressentie, et les conditions d’incarcération “désenchangent leur vision du monde”.

- **“Des parcours accomplis : L’acceptation des “retraités” en prison”**

Le second idéal-type présenté dans cette étude regroupe des détenus âgés estimant que leur vie a déjà été accomplie avant l’incarcération ; il s’agit des personnes âgées incarcérées alors qu’elles ont déjà atteint l’âge de la retraite, et estimant avoir mené une “vie répondant aux normes sociales dominantes que représente le fait de travailler, d’avoir une famille, etc.” Il s’agit souvent de personnes déjà condamnées, n’étant pas en détention préventive.

Selon l’auteure, il existe “deux temps” dans cet idéal-type.

1. Un certain choc créé par la mise en détention, durant habituellement quelques semaines
2. L’élaboration d’une routine, avec quelques activités revenant régulièrement, caractérisée par une “acceptation” de leur

situation.

Les détenus âgés concernés par cet idéal-type étant déjà à la retraite, il est possible que cela facilite grandement l'acceptation qu'ils montrent. Ils "expriment [...] avoir le sentiment d'avoir déjà fait leur vie. Le sentiment d'avoir accompli son parcours atténue celui de ne pas être à même d'assumer ses responsabilités [...]. L'incarcération est ainsi, de leur point de vue, socialement et familialement moins préjudiciable".

Les souhaits des détenus âgés du second idéal-type sont souvent : "Reprendre leur vie de retraité", et "reprendre les activités traditionnellement associées à la retraite".

Ils éprouvent cependant généralement la crainte de ne pas pouvoir retourner dans les lieux où ils ont construit leur vie, en raison d'« une interdiction de se rendre dans le périmètre géographique où ils résident ». Cela péjorerait alors complètement l'acceptation de la détention dont ils font généralement la preuve.

- **“Des parcours empêchés : Entre espoir de la “dernière chance” et renoncement”**

Les détenus âgés se regroupant dans le troisième idéal-type ont généralement mené une vie "éloignée des normes sociales dominantes" ; ils ont souvent à leur actif un passé carcéral très important, caractérisé par de longues années d'incarcération (en raison d'une incarcération très longue, ou de nombreuses récidives). Ils sont particulièrement présents dans les établissements pour condamnés à de longues peines.

Ces détenus ont passé un nombre d'années tellement important en prison qu'ils estiment ne pas avoir pu exercer pleinement les rôles sociaux qui sont attendus dans la société, professionnellement, mais aussi socialement et familialement.

Ils décrivent souvent le fait d'avoir "peu ou pas vécu", ou même d'avoir eu une "non-vie".

Ce sont des détenus généralement très isolés à l'extérieur des murs de la prison.

Ils ont donc des attentes très spécifiques quant à leur sortie, car ils aimeraient avoir la possibilité d'investir un maximum de rôles dans la vie extérieure, avant de se considérer comme trop vieux pour le faire, ou d'être trop affaiblis physiquement ; par exemple "monter une boîte", etc.

On peut constater un décalage entre leurs attentes, et les attentes de leurs contemporains ; ces derniers pensent souvent à la retraite, tandis que les premiers souhaitent faire un maximum d'expériences qu'ils n'ont pas pu vivre précédemment en raison de leur passé carcéral.

Selon l'auteure, ces détenus n'ont que peu ou pas le sentiment d'être vieux, puisqu'ils n'ont pas l'impression d'avoir beaucoup vécu ; cela génère donc une difficulté à "appréhender les années qui ont passé".

Certains détenus éprouvent cependant le sentiment que rien ne les attend à l'extérieur, en raison du trop grand nombre d'années passées incarcérés.

"[...] je refuse de sortir... Cela ne m'intéresse plus de sortir, il n'y a plus rien qui m'intéresse dehors."

(Gaston, 71 ans, CD, condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, incarcéré depuis 28 ans, participant à l'étude)

Pour les détenus éprouvant ce sentiment, l'idée d'être relâché génère des angoisses, car en raison du nombre d'années passées en prison, ils éprouvent de grandes difficultés à se projeter dans la vie extérieure. "[...] l'avancée en âge va de pair avec une habitude à l'institution qui rend difficile la projection en dehors de celle-ci".

Tableaux et figures

Un tableau est présenté dans la conclusion de l'article ; il synthétise le thème des résultats portant sur les idéaux-types.

Il présente les "rapports aux normes des trajectoires biographiques", les "rapports subjectifs à l'âge", les "perspectives de sortie", et les "expériences de la détention" en regard des trois idéaux types "un parcours enrayé", "un parcours accompli" et

	<p>“un parcours empêché”.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Interprétation des résultats</p>	<p>Discussion des résultats Les résultats sont interprétés dans un cadre approprié. Le cadre utilisé est celui des idéaux-types, par Max Weber (Voir dans "Méthode" pour plus de détails).</p> <p>Concordance des résultats avec les études antérieures menées sur le même sujet Les résultats ne sont que peu discutés à la lumière des études précédentes. On peut constater dans la rubrique "Résultats" que les auteurs s'appuient occasionnellement sur des principes issus d'autres études, mais il n'y a pas de réelle comparaison entre les résultats de cette étude, et des études antérieures.</p> <p>Caractère transférable des conclusions Cette question n'est pas soulevée ; cependant, en raison de la diversité des lieux ayant servi à l'étude (détention provisoire,</p>

	<p>condamnation, établissement pour femmes détenues, etc...), l'étude est plutôt complète, à mon sens, et les résultats peuvent s'appliquer à divers types de détenus âgés, qui sont détaillés de manière très précise.</p> <p>Il faudrait cependant certainement une étude de plus large ampleur (particulièrement concernant la population féminine, qui n'est représentée qu'au sein d'un seul des quatre établissements ayant servi à l'étude), afin de pouvoir affirmer que les résultats de cette étude sont transférables.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Conséquences des résultats de l'étude</p> <p>Oui. Les conséquences sont les suivantes : L'auteure met en évidence le fait que le vécu de l'incarcération dépend du moment de la vie où la personne est incarcérée (le moment de l'incarcération dans le parcours biographique de cette personne) ; cela crée des différences dans la perception de l'âge "biologique".</p> <p>De plus, elle souligne fortement les difficultés rencontrées par les détenus âgés en prison (soit le sentiment de décalage, de vulnérabilité, l'isolement, la sédentarité, etc...).</p> <p>Cela la mène à conclure que "les politiques pénitentiaires peinent à assurer leur sécurité et à favoriser les liens entre détenus".</p> <p>Ce fait crée une remise en question au sein de l'univers carcéral, sur sa "capacité à assouplir le principe d'uniformité de traitement des détenus", afin de créer des possibilités d'adaptation en cas de situations particulières (ce qui est souvent le cas chez les détenus âgés, comme il a été souligné plus haut).</p> <p>L'auteure met en évidence que les situations délicates vécues par les détenus âgés questionnent d'une manière plus large toutes les situations pouvant être vécues par d'autres minorités au sein de l'espace carcéral, "comme les indigents, les transsexuels, les homosexuels, etc."</p>

Recommandations pour la pratique et les recherches futures

L'une des problématiques importantes ressortie durant cette étude est, selon l'auteure, l'isolement et la sédentarité des détenus âgés. Elle préconise donc l'installation de rampes, ou même d'ascenseurs, afin d'augmenter l'accessibilité à certains espaces du milieu carcéral aux détenus âgés. Cela permettrait de faciliter la participation à des activités pouvant augmenter la vie sociale des détenus âgés.

L'auteure préconise également de créer des conditions de détention particulières pour les détenus âgés, afin d'adapter l'incarcération aux problématiques présentées par cette population, notamment au niveau de leur santé physique. Ils soulignent cependant que le fait que la population des détenus âgés soit encore une minorité n'est pas très favorable à la création de postes de travail étudiés pour eux, ou d'activités spécialement pensées à leur intention.

Richesse des données

Les données sont riches et très détaillées. De multiples citations directes illustrent l'étude, ce qui contribue à dresser un tableau exhaustif.

Annexe V

Titre	<p>Heideri, R., Wangmo, T., Galli, S., Shaw, M. D. et Elger, S. B. (2017, Octobre). Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. <i>Journal of Forensic and Legal Medicine</i>, 223 - 228.</p> <p>Le concept clé de l'étude est l'accessibilité des soins en prison, auprès des détenus âgés ; ce concept est présent dans le titre. De plus, le titre mentionne qu'il s'agit d'une analyse qualitative. L'âge des détenus de l'échantillon, et leur sexe ne sont cependant pas mentionnés.</p> <p>Il s'agit d'une étude Suisse.</p>
Résumé	<p>Le résumé n'est pas synthétisé en rubriques explicites (Problème, méthode, résultats et discussion) ; cependant il est très bien détaillé. En effet, le problème expose le fait que le vieillissement de la population carcérale ne cesse d'augmenter et ce qui crée une augmentation des détenus âgés dans les établissements pénitentiaires. Ces détenus posent des défis importants, non seulement au niveau de la justice pénale mais également pour les prisons et les systèmes de santé publique. De plus, il est mentionné que les problèmes de santé reliés au syndrome gériatrique (chutes, démences, incontinence, handicaps sensoriels, par exemple) sont très présents chez les détenus âgés ; cela se manifeste donc par une vulnérabilité accrue dans le milieu carcéral.</p> <p>La méthode s'est orientée vers une recherche empirique, sur l'accès des détenus âgés aux soins médicaux, durant leur temps d'incarcération. Cette étude a évalué l'accès aux soins médicaux en prison du point de vue des détenus âgés en Suisse. Ils ont interrogé un échantillon de 35 détenus âgés des deux sexes (61 ans en moyenne, l'âge des détenus allant de 51 à 75 ans) sur</p>

leur expérience de l'accessibilité aux soins en prison ; les données ont été analysées qualitativement et les principaux thèmes concernant l'évaluation de leur accès aux services médicaux ont été extraits.

Les résultats ont relevé trois obstacles chez les détenus âgés, à l'accès des services de soins en prison qui sont : les obstacles psychologiques, les conséquences négatives de l'utilisation des soins de santé et les obstacles environnementaux.

Discussion : les auteurs font des suggestions et des recommandations. En outre, sur le fait que le service médical et le service pénitentiaire doivent suivre des formations continues, afin de pouvoir au mieux gérer les problèmes liés au vieillissement en prison (cf. Discussion pour davantage de détails).

<p>Introduction</p>	<p>Énoncé du problème de recherche</p> <p>Le phénomène vise à comprendre si l'accès des soins en prison est accessible par les détenus âgés. De plus, il s'agit d'une étude qualitative. Le phénomène va donc se porter sur les perceptions et expériences rapportées par les détenus âgés, lors des entretiens.</p> <p>Signification particulière pour la discipline infirmière</p> <p>Les auteurs mettent en évidence une recommandation spécifique à la profession infirmière dans la rubrique "Discussion" ; il s'agit de la possibilité pour les infirmières de jouer un rôle clé dans l'éducation du patient relativement à sa santé, et aux problèmes de santé qui nécessitent d'être vus par le service médical carcéral.</p> <p>De plus, les infirmières sont très présentes dans les services médicaux en milieu carcéral. Il est donc possible qu'en tant qu'infirmières, nous soyons amenées à prendre en soins ces patients, si nous sommes amenées à travailler dans le milieu carcéral.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Travaux de recherche antérieurs</p> <p>Les auteurs mentionnent plusieurs travaux de recherche antérieurs ; notamment, une étude faite aux USA qui s'est portée sur la perception des détenus âgés concernant leur santé, et leur peur concernant l'avenir (et leur sortie de prison, plus</p>

précisément). Le but était d'évaluer leur sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de leur santé, les comportements de promotion de la santé, l'état de leur santé, et leur sentiment face à leur sortie de prison. (Voir dans la rubrique "Discussion" pour davantage de précisions). (Loeb et al., 2007)

Une autre étude a été réalisée aux USA, qui compare la prévalence des maladies chroniques chez la population générale, et chez la population carcérale. Il semblerait que le résultat des deux groupes n'a pas démontré de différences significatives. Cette constatation est importante parce que les hommes de la communauté avaient en moyenne 15 ans de plus que les détenus. (Loeb et al., 2008)

De plus, quelques études mentionnées dans cet article se sont intéressées au vieillissement des détenus âgés. Les auteurs mentionnent notamment les taux élevés de pathologies somatiques et psychiatriques chez les détenus âgés relevés par plusieurs études. (Binswanger et al., 2009 ; Fazel et al., 2001)

Pour terminer, les auteurs mentionnent une étude se portant sur le point de vue des détenus âgés sur les services de santé dans les prisons suisses, et rapporte des résultats similaires à ceux de cette étude (voir la rubrique "Discussion"). (Condon et al., 2007)

Cette recension reprend à la fois des sources secondaires (comme des revues systématiques) et des sources primaires.

Cette recension présente clairement l'état actuel des connaissances sur ce sujet ; les auteurs évoquent un rapport de Human Rights Watch sur les prisons américaines. Celles-ci ont identifié plusieurs facteurs qui contribuent au vieillissement en prison. Il semblerait que le phénomène de vieillissement de la population carcérale soit dû au fait que les peines de privation de liberté soient plus longues ou que ce soient des condamnations à perpétuité. Il est également mentionné que le nombre croissant de détenus âgés reflète également un décalage démographique présent dans notre société. En effet, il a été démontré qu'il y a une amélioration dans la santé publique et de l'accès des soins, ce qui crée un prolongement de l'espérance de vie de la population générale, doublée d'une baisse de la fertilité, et du nombre de naissances. Cela engendre

	<p>donc un phénomène de vieillissement démographique, qui participe au vieillissement de la population carcérale qui s'observe ces dernières années. L'entrée en prison de personnes d'un âge avancé pourrait être un facteur important dans les profils des détenus.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les auteurs n'ont pas mentionné de cadre conceptuel ; de plus, aucune base philosophique ou théorique n'est mentionnée dans cet article.</p>
<p>But, questions de recherche</p>	<p>Il n'y a pas de question de recherche, mais le but de la recherche est énoncé clairement. Il s'agit de comprendre à travers les différents entretiens semi-directifs donnant accès aux perceptions des détenus âgés, si ceux-ci ont accès facilement au service médical, durant leur temps de détention.</p>

<p>Méthode</p>	<p>Population et échantillon</p> <p><u>Population</u> : Il s'agit de détenus âgés de 50 ans ou plus, confondus hommes et femmes.</p> <p><u>Échantillon</u> : L'étude a été réalisée dans douze prisons suisses, dans la partie francophone et germanophone. Ces prisons étaient de différents types (fermées, ouvertes, préventives, etc.) afin d'obtenir une large variété de données. La tranche d'âge des détenus était de 51 à 75 ans. L'âge moyen est de 61 ans, dont 30 hommes et 5 femmes.</p> <p>L'étude s'effectuait sur une base volontaire, les détenus devaient donc donner leur accord pour participer.</p> <p>Saturation des données</p> <p>Cela n'est pas explicitement mentionné dans l'article.</p> <p>Il est dit que la durée des interviews était de 96 min et que les chercheurs ont transcrit en tout 35 interviews.</p> <p>De plus, les thématiques abordées étaient larges, on peut donc supposer que la saturation des données a été atteinte.</p>
-----------------------	--

<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une étude qualitative avec un devis de recherche exploratoire, visant donc à approfondir la thématique choisie par les auteurs. C'est un devis très descriptif, utilisé lorsque peu de données sont encore disponibles sur le sujet. En effet on cherche à comprendre l'accessibilité des soins, c'est-à-dire si les détenus âgés consultent le service médical, et peu de données sont encore disponibles sur ce sujet.</p> <p>Méthode de recherche</p> <p>Les auteurs expliquent que la méthode de collecte de données se base sur des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire des entretiens dont le thème est établi au préalable, mais comportant des réponses ouvertes afin de récolter les informations les plus riches possibles concernant les perceptions des détenus. Ces entretiens ont été menés entre novembre 2012 et octobre 2013.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Des informations à propos de l'étude ont été données au préalable, puis des détails supplémentaires ont été donnés aux détenus désirant participer. Les personnes procédant aux entretiens ont rappelé lors du premier entretien que les détenus ont le droit d'arrêter l'étude à n'importe quel moment.</p> <p>De plus, la participation à l'étude était volontaire, et les données ont été rendues anonymes en vue de la publication de l'étude.</p> <p>De plus, l'intimité des détenus participant aux entretiens a été garantie ; en effet, les entretiens se sont déroulés dans une salle privée, mise à disposition par le service médical ou pénitentiaire, suivant les prisons.</p>

<p>Mode de collecte des données</p>	<p>Outils de collecte de données</p> <p>Voir « Méthode de recherche ».</p> <p>Les thèmes des entretiens étaient très larges. Ils comprenaient des informations générales concernant la démographie au sein de la prison et les conditions d’incarcération, les perceptions à propos du fait de vieillir en prison, des informations générales concernant la santé des détenus (maladies, symptômes et problèmes associés, médication, et consommation de substances illicites), et les opinions et expériences relatives à l’utilisation du système de santé carcéral.</p> <p>Les auteurs ont choisi de se focaliser sur la perception de l’utilisation du système de santé carcéral par les détenus.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Concernant les procédés d’enregistrement, il s’agit d’enregistrements audios, qui ont ensuite été retranscrits par écrit et rendus anonymes par des assistants indépendants.</p> <p>Biais</p> <p>Des experts issus de multiples domaines ont été sélectionnés afin de mener les entretiens. Les professions de tous les experts ont un lien avec le domaine de la santé, de manière directe ou indirecte, ce qui les rend compétents dans les limites de cette étude.</p> <p>Les professionnels choisis en tant qu’experts sont issus des domaines suivants : Système de santé carcéral, domaine de l’éthique, gérontologie, et thérapie occupationnelle.</p> <p>De plus, les données ont ensuite été retranscrites par écrit (depuis les enregistrements audios) par des assistants indépendants, ce qui évite une possibilité d’interprétation des données.</p>

Crédibilité des données	<p>La retranscription des données par des assistants indépendants, ainsi que la sélection d'experts issus de différents domaines reliés à la santé de manière plus ou moins directe rehausse la crédibilité des données.</p>
Analyse des données	<p>L'organisation et l'analyse des données est décrite d'une manière très détaillée.</p> <p>Les auteurs expliquent que pour organiser et analyser leurs données, ils ont utilisé des thèmes sous forme de texte ; ils se sont également appuyés sur la théorie développée par Glaser et Strauss pour cela.</p> <p>Ils expliquent ensuite qu'ils ont créés des thèmes, puis des sous-thèmes, à partir des données récoltées afin de classer les informations récoltées.</p> <p>Le classement des informations dans des thèmes et des sous-thèmes créés à cet effet convient parfaitement à un type de recherche qualitatif, mené grâce à une méthode d'entretiens semi-directifs. Cela permet de regrouper les citations ayant les mêmes thèmes ensemble, afin de pouvoir analyser ces données et mettre en évidence des résultats.</p> <p>De plus, de nombreuses citations ont été mises en évidence afin de les illustrer par des données récoltées lors des entretiens.</p> <p>Les thèmes manquent peut-être quelque peu de clarté, et il aurait peut-être été utile de mettre en évidence les sous-thèmes d'une manière plus explicite pour favoriser la compréhension. Cependant, les résultats restent compréhensibles.</p>

<p>Résultats</p>	<p>Présentation des résultats</p> <p>Le phénomène a été représenté à l'aide de trois thèmes principaux, subdivisés en sous-thèmes implicites (qui n'ont pas été formellement nommés, ni organisés en catégories).</p> <p>Ces thèmes relatent les principaux obstacles à l'utilisation du système de santé carcéral, selon les détenus ayant été interrogés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstacles de nature psychologique <p>Selon les auteurs, trois raisons psychologiques forment des barrières dans le recours au service médical carcéral, chez les détenus âgés. L'une de celles-ci est une attitude qu'ils montrent déjà à l'extérieur, et qui consiste à attendre et voir comment le problème de santé évolue. Les personnes ayant cette attitude ne font appel à leur médecin que s'ils y sont vraiment obligés, et ils appliquent également cela au sein de la prison.</p> <p>"[...] I never was someone, who liked to go to the doctor lightly. [...] Even if I had anything, I wouldn't go there anyway."</p> <p>Ralph, détenu participant à l'étude.</p> <p>Dans de nombreux cas, ces détenus préfèrent attendre d'être relâchés avant d'aller se faire traiter, lorsqu'ils ont une perspective de sortie.</p> <p>Une autre raison psychologique qui tend à retenir les détenus âgés de faire appel au service médical est le manque de confiance qu'ils ont en celui-ci.</p> <p>"I said, if I need surgery, I'll go to the doctor I trust and not to someone in prison. [...]"</p>
-------------------------	--

Tim, détenu participant à l'étude.

La troisième et dernière raison, se produit lorsqu'un problème de santé nécessite un transfert dans un hôpital externe. Le transport à l'extérieur de la prison requiert que le détenu porte des menottes, pour des raisons de sécurité inhérentes aux règles carcérales. Cependant, beaucoup de détenus ont du mal à supporter le fait de devoir porter des menottes devant les gens présents à l'hôpital ; il est difficile pour eux de supporter cela, du point de vue de l'image de soi. Cela les freine donc lorsqu'ils font face à un problème de santé qui nécessite un transfert, et les retient d'utiliser le système de santé carcéral, ce qui leur permettrait de traiter leur problème.

“You can take care about safety, sure. But to restrain a human being like that, who already can't move anyway, I don't get it. [...]”

Alistair, détenu participant à l'étude.

- **Conséquences négatives de l'utilisation du système de santé carcéral**

Les auteurs mettent en avant quatre conséquences négatives relevées par les détenus âgés.

La première, est le fait que les détenus âgés ont l'impression qu'ils vont être accusés de “faire semblant” d'être malades.

En plus d'avoir peur d'être accusé de “simuler” leur maladie, les détenus âgés semblent eux-mêmes ne pas apprécier les autres détenus qui ont tendance à simuler, et ne veulent donc pas se comporter de cette manière.

“[...] if you go to the medical service, you're a faker from the outset.”

Michael, détenu participant à l'étude.

Le fait que beaucoup de détenus avaient tendance à simuler une maladie a d'ailleurs mené à un certain durcissement des règles liées à la maladie, comme par exemple le fait de ne pas être payé si l'on est en arrêt maladie.

La deuxième conséquence négative, consiste en une éventuelle punition de la part des surveillants, pour avoir refusé de prendre les médicaments prescrits suite à une visite au service médical, et s'en être débarrassé (notamment par le biais des toilettes), ce qui n'est pas permis dans les règles du pénitentiaire. Ces détenus ont donc eu une punition.

La troisième conséquence négative est financière. En effet, lorsque les détenus sont mis en arrêt maladie suite à leur visite au service médical, ils perdent une partie de leur salaire, qu'ils gagnent en travaillant au sein de la prison.

"If you're ill, you only get half, well, it's always immediately subtracted."

Roman, détenu participant à l'étude.

La dernière conséquence négative est la peur d'être mis en cellule d'isolation, suite à une visite au service médical. Cette cellule ne comporte aucun moyen de se distraire (télévision, livres, etc.) et les détenus n'ont pas le droit de fumer. Les détenus supportent généralement mal d'être mis dans cette cellule, qui est perçue comme un second emprisonnement au sein même de l'établissement pénitentiaire.

"No television, absolutely nothing, nothing to smoke, absolutely nothing. There you're just lying on the bed. [...] That's the reason why the people are the most ill for one day, they want to get out there again, you know."

Thomas, détenu participant à l'étude.

- **Obstacles environnementaux**

Le dernier thème principal nommé comme une barrière à l'accessibilité du service médical par les détenus sont les obstacles environnementaux. Ceux-ci consistent en des obstacles incluant l'infrastructure de la prison ou du service médical, des obstacles spécifiques à l'organisation ou à un aspect interpersonnel.

Les obstacles liés à **l'infrastructure de la prison ou du service médical** rassemblent l'infrastructure spécifique des cellules, les horaires spécifiques au quotidien en prison les règles de sécurité, ou la rupture de stock de certains médicaments ou traitements.

Les obstacles liés à **l'organisation du service médical** regroupent notamment les horaires du service, ainsi que le temps d'attente avant d'être vu.

Les obstacles liés à **l'aspect interpersonnel** regroupent le fait d'être soigné d'une manière différente si l'on a une personnalité qui permet de se faire davantage entendre ou non.

Infrastructure :

Au niveau de l'infrastructure de la prison, certains détenus relèvent notamment l'humidité et le froid présents dans les cellules, malgré qu'une rénovation ait été effectuée. Cela nuit particulièrement à certaines maladies chroniques comme l'arthrose, par exemple.

Les règles de sécurité sont également mises en avant par certains détenus âgés comme constituant un obstacle. Certains objets sont notamment interdits en cellule, et il s'agit parfois d'objets à but médical, ou dans un but hygiénique. Par exemple, il semblerait que les glucomètres soient interdits en cellule, ainsi que le liquide pour lentilles, ou des objets à but physiothérapeutique (comme une balle de gymnastique).

“Safety-related I must say : “Hello ? Something like that is made up of thin air. [...]I have some metal jars, where I put coffee and milk, this represents the far bigger weapon for me.”

Hank, détenu participant à l'étude.

Le service de soins dentaires est également vu comme un obstacle ; en effet, il semblerait que ce service manque de traitements adaptés. Les détenus mentionnent que les soins dentaires sont limités à une offre basique, et très peu individualisée.

“It's really a disaster. There are two women who do it, “Do you have a toothache ? Open the mouth, and we take out the tooth” .

Pascal, détenu participant à l'étude.

Organisation :

D'un point de vue organisationnel, d'autres détenus relèvent le manque d'accessibilité au service médical en raison des horaires. Le point principal relevé est que le service médical est organisé comme un service ambulatoire ; du personnel soignant est présent en journée, mais pas la nuit.

“Well, there is a medical service in prison, but they are here only during daytime, of course, and you cannot just step out of

the prison cell, because you're locked up. [...] it takes hours until anybody comes.”

Lara, détenue participant à l'étude.

Ces horaires créent chez les détenus âgés une peur d'avoir un problème de santé de nuit. De plus, comme relevé dans la citation ci-dessus, il semblerait que le moyen de contacter le service médical soit également remis en cause, car il semble que l'attente soit longue avant d'être vu par un soignant.

Le personnel soignant est également beaucoup réduit le week end, et les médecins consultant dans l'établissement ne sont pas présents.

“Pneumonia had unfortunately started on Saturday morning. [...] I had pain all the time. They say : “We cannot give you anything, we are not allowed, there is no doctor”. [...] “We can give you nothing but Dafalgan (Paracetamol (pain and fever relief)). So I stayed like that until Tuesday morning with my pain.”

Mathias, détenu participant à l'étude.

Aspect interpersonnel :

D'un point de vue des relations interpersonnelles, certains détenus ont l'impression qu'ils doivent s'imposer au personnel du service médical afin d'obtenir les soins dont ils pensent avoir besoin.

“[...] I'm somebody , who then tries to establish himself a little bit, and who sometimes or most of the times succeeds. [...]. But if somebody can't, I can imagine, that he goes to rack and ruin.”

Roman, détenu participant à l'étude.

De plus, certains détenus rapportent qu'ils ont l'impression que les soignants du service médical ont une perspective très

	<p>limitée de la maladie et n'utilisent notamment que la fièvre comme indicateur de la présence, ou non, d'une maladie.</p> <p>"You are ill, if you have fever, otherwise not. And you are sent to work, if you refuse, you have to go to the solitary confinement."</p> <p>Michael, détenu participant à l'étude.</p> <p>Tableaux et figures</p> <p>Il n'y a pas de tableau ni de figure.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Discussion des résultats</p> <p>Aucun cadre de référence n'a été établi afin d'interpréter les résultats dans cette étude.</p> <p>Concordance des résultats avec les études antérieures menées sur le même sujet</p> <p>Les auteurs comparent notamment les résultats obtenus lors de cette étude avec ceux de Loeb et al. (2007), dont les résultats sont semblables. Il semblerait que dans cette étude également, des barrières à l'utilisation du service médical de type psychologique (incluant la perception de conséquences négatives dû à l'utilisation du service médical) et environnemental ait été mises en évidence. Cette étude précisait d'ailleurs que le fait d'être pris pour quelqu'un qui "simule sa maladie" occasionne des dégâts à l'image de soi, ce qui empêche certains détenus par la suite de chercher de l'aide lorsque des</p>

problèmes de santé se présentent.

De plus, dans l'étude de Condon et al. (2007), il est également relevé que la peur d'être isolé dans la cellule d'isolation en cas de maladie est perçue par les détenus comme une punition pour le fait d'être tombé malade.

Dans l'étude de Kuhlmann et al., la peur des détenus âgés de présenter un problème de santé hors des horaires du service médical (la nuit par exemple), est également relevée ; il semblerait que ce fait augmente le stress des détenus âgés, et puisse péjorer leur état de santé.

Caractère transférable des conclusions

Selon les auteurs, la généralisation de ces résultats est limitée, en raison du nombre réduit de participants à l'étude, et de la nature de l'étude, qui est qualitative, et donc subjective.

En effet, la perception des soins de santé peut varier d'un individu à l'autre (en raison du sexe, de l'éducation, de la situation socio-économique, ainsi que la durée de l'incarcération, par exemple).

De plus, les auteurs précisent que les réponses peuvent avoir été partiellement influencées par le fait que les participants à l'étude aient pu vouloir répondre ce que les meneurs des entretiens désiraient entendre, ainsi que par l'environnement de la prison, qui pourrait avoir légèrement entravé les réponses des participants.

<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Conséquences des résultats de l'étude</p> <p>Plusieurs conséquences sont mises en évidence.</p> <p>Suite aux résultats de cette étude, il semblerait que le principe d'équivalence des soins (entre la population carcérale et la population libre) ne soit pas respecté, puisque plusieurs barrières à l'utilisation du service médical ont été mises en évidence suite aux entretiens.</p> <p>Il semblerait également que le manque de flexibilité des règles de la prison entrave l'autonomie des détenus âgés dans la gestion de leur maladie (notamment les maladies chroniques, comme le diabète), en raison d'une liste très sévère d'objets interdits en cellule.</p> <p>Les auteurs expliquent également que si les détenus âgés peuvent bénéficier d'un meilleur accès au service de soins à l'intérieur de la prison, et donc être mieux pris en charge durant leur incarcération, cela aura un impact positif sur la société. En effet, leurs pathologies ne seront pas forcément devenues plus graves, et ne créeront donc pas des coûts sanitaires aussi lourds qu'actuellement, au moment de la sortie de ces détenus.</p> <p>Recommandations pour la pratique et les recherches futures</p> <p>Les auteurs formulent plusieurs recommandations suite aux résultats mis en évidence dans cette étude.</p> <p>La première est le fait d'établir un service de soins dont les horaires sont continus, et non seulement en journée selon un mode organisationnel ambulatoire, comme c'est le cas habituellement. Des soignants seraient donc présents continuellement, y compris la nuit. Cela serait particulièrement utile pour les maladies chroniques, souvent présentes chez les détenus âgés.</p> <p>Une autre recommandation des auteurs est spécifique à la profession infirmière. Ils suggèrent que les infirmières pourraient</p>
---	--

jouer un rôle crucial d'éducation à la santé auprès des détenus, afin que ceux-ci se manifestent lors de problèmes de santé (sans attendre que ceux-ci deviennent plus graves), ou prennent en charge leur santé (de la prévention à la gestion de la maladie) d'une manière plus adéquate. Elles pourraient également informer précisément les détenus âgés concernant les prestations effectuées par le service de santé.

Selon les auteurs, cela nécessiterait donc de former davantage les soignants travaillant en milieu carcéral, afin qu'ils ne portent pas de jugement sur les détenus âgés cherchant de l'aide auprès du service médical (par rapport au fait de percevoir les détenus comme "simulant" une maladie).

Les auteurs recommandent également d'effectuer des recherches supplémentaires sur le thème de l'équivalence des soins concernant les détenus âgés, afin d'obtenir plus d'informations sur l'accessibilité aux soins concernant cette population particulièrement vulnérable.

Ils préconisent également davantage d'étude sur les besoins spécifiques des détenus âgés ; en effet, selon eux, les études concernant les besoins en matière de santé des personnes âgées de la population libre ne permettent pas de comprendre les besoins des détenus âgés, et ainsi implémenter des interventions pertinentes dans la prise en charge en matière de santé de ces détenus âgés.

Richesse des données

Comme dit ci-dessus, les données sont très riches car un choix de thème très large a été utilisé au cours des entretiens. Seule une fraction des informations récoltées a été utilisée dans cette étude, car celle-ci se concentre sur un seul aspect ayant été traité durant les entretiens.