

# Prisonniers âgés : présentation des difficultés liées aux soins gériatriques dans les établissements pénitentiaires

**Rachael Bedard, Lia Metzger et Brie Williams**

Le Dr Rachael Bedard est professeure associée au Department of Medical Education de l'Icahn School of Medicine at Mount Sinai à New York et intervient comme spécialiste en gériatrie et soins palliatifs dans les prisons de Rikers Island pour le compte du Département des Services de Santé en milieu carcéral de la ville de New York.

Lia Metzger est coordinatrice adjointe de la recherche clinique au sein du service Gériatrie de l'Université de Californie, à San Francisco (UCSF). Mme Metzger soutient des projets de recherche axés sur les soins de santé pour les personnes âgées dans le système de justice pénale sous la direction du Dr Brie Williams de l'UCSF.

Le Dr Brie Williams est professeure de médecine au service gériatrie, Directrice fondatrice du Programme de Justice Pénale et de Santé (*Criminal Justice & Health Program*) et Directrice du Projet Vieillesse et Justice Pénale de Tideswell (*Criminal Justice Aging Project*) à l'UCSF. Le Dr Williams travaille au sein d'une équipe composée de spécialistes de la justice pénale, de la sécurité publique et du droit. Leurs travaux, orientés sur les politiques publiques et l'éducation, visent à faire évoluer les soins de santé en prison grâce à la médecine universitaire, la gériatrie et les soins palliatifs.

*Traduit de l'anglais*

## Résumé

*L'augmentation du nombre de prisonniers âgés dans de nombreux pays a été décrite comme une « crise du vieillissement » pénitentiaire qui constitue un immense défi sur le plan financier, médical et en termes de programmes pour les systèmes de soins en milieu pénitentiaire. En 2016, le Comité international de la Croix-Rouge a organisé une conférence intitulée « Le vieillissement en détention : comment identifier et répondre aux besoins des détenus âgés » afin de discuter de la prise en charge des détenus âgés sous divers angles, santé, encadrement, éthique, cadre juridique ainsi que des mesures adoptées par certains établissements pénitentiaires pour y répondre. Cet article*

*présente quelques-unes des difficultés auxquelles les établissements pénitentiaires sont confrontés dans la prise en charge médicale des personnes âgées, expose quelques mesures permettant de l'améliorer et recense les aspects ayant besoin d'être réformés. Cet article s'appuie principalement sur des recherches menées aux États-Unis afin d'en tirer des conclusions et formuler des recommandations qui pourraient également servir à d'autres établissements.*

**Mots clés :** vieillissement, incarcération, gériatrie, soins palliatifs, fin de vie, libération par compassion.



## La population carcérale en vieillissement

La population mondiale connaît un vieillissement très rapide<sup>1</sup>. Ce phénomène se retrouve également chez les populations carcérales du monde entier. Par exemple, au Royaume-Uni, alors que la population carcérale globale a augmenté de 51 % entre 2000 et 2009, la population de plus de 60 ans est, quant à elle, en hausse de 216 %<sup>2</sup>. Au Japon, le nombre de prisonniers de plus de 60 ans a augmenté de 160 % entre 2000 et 2006<sup>3</sup>. Cette augmentation rapide du nombre de prisonniers âgés a été décrite comme une « crise du vieillissement » pénitentiaire qui constitue un immense défi pour les systèmes de soins en milieu carcéral, notamment ceux qui ne disposent pas des moyens suffisants pour répondre aux parcours de santé complexes des personnes âgées<sup>4</sup>.

Si cette tendance au vieillissement est observée dans de nombreux systèmes de justice pénale à travers le monde, c'est aux États-Unis qu'elle est la plus marquée. Entre 1990 et 2009, la population carcérale totale des États-Unis a doublé tandis que le nombre de personnes incarcérées âgées de 55 ans et plus a augmenté de 300 %<sup>5</sup>, et que l'âge moyen des détenus dans les prisons d'État est passé de 30 à 36 ans<sup>6</sup>. Ce changement démographique s'est poursuivi aux États-Unis, même lorsque la croissance de la population carcérale générale s'est ralentie ; entre 2009 et 2013, le nombre de détenus dans les prisons fédérales américaines âgés de 49 ans et moins, a diminué de 1 %, tandis que le nombre de prisonniers âgés de 50 ans et plus, a

- 1 Wan He, Daniel Goodkind et Paul Kowal, *An Aging World: 2015*, US Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, Bureau gouvernemental des publications des États-Unis, Washington, DC, 2016.
- 2 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Prisoners with Special Needs*, New York, 2009, disponible sur : [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/Handbook\\_on\\_Prisoners\\_with\\_Special\\_Needs.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Prisoners_with_Special_Needs.pdf) (toutes les références Internet ont été vérifiées en juillet 2019).
- 3 *Ibid.*
- 4 Brie A. Williams, James S. Goodwin, Jacques Baillargeon, Cyrus Ahalt et Louise C. Walter, « Addressing the Aging Crisis in U.S. Criminal Justice Health Care », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 60, n° 6, 2012.
- 5 Bureau des Statistiques sur la Justice (BJS), *Prisoners Series: 1990-2010*, Département de la Justice des États-Unis (DoJ), Bureau des programmes de Justice (BJP), Washington, DC, disponible sur : <https://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbse&sid=40>.
- 6 BJS, *Aging of the State Prison Population, 1993-2013*, DoJ, BJP, Washington, DC, mai 2016, disponible sur : [www.bjs.gov/content/pub/pdf/aspp9313\\_Sum.pdf](http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/aspp9313_Sum.pdf).

augmenté de 25 %<sup>7</sup>. Les prisonniers âgés représentent désormais environ 10 % de la population carcérale aux États-Unis<sup>8</sup>.

Cet article présente quelques-unes des difficultés auxquelles les établissements pénitentiaires sont confrontés dans la prise en charge médicale des personnes âgées, expose quelques mesures innovantes permettant de l'améliorer et liste les aspects ayant besoin d'être réformés. En s'appuyant sur des faits observés principalement aux États-Unis et, dans une moindre mesure, en Europe, cet article tire des conclusions et formule des recommandations qui, dans leur ensemble, sont applicables à tous les établissements pénitentiaires, dans le monde entier.

## Les soins gériatriques en milieu carcéral

Alors qu'en dehors du système de justice pénale, les professionnels de la santé fixent généralement à 65 ans l'âge auquel les personnes sont considérées comme des « personnes âgées » ou « gériatriques », la frontière entre « jeune » et « vieux » dans le milieu pénitentiaire est moins bien tranchée. Ceci s'explique par le fait que de nombreux individus purgeant une peine de prison, présentent des troubles chroniques multiples, physiques et/ou mentaux, ainsi que des déficiences physiques à un âge relativement précoce<sup>9</sup>. Ils sont aussi davantage susceptibles d'avoir connu un stress profond et/ou un traumatisme au cours de leur vie, à présenter des troubles liés à la consommation de drogue, à avoir été sans-abri et à avoir eu un accès limité à des soins ainsi qu'à une éducation de qualité<sup>10</sup>. Chez cette population, on désigne souvent le niveau élevé de difficultés sociales et médicales précoces, par l'expression « vieillissement accéléré<sup>11</sup> ». Pour tenir compte de ce vieillissement accéléré, de nombreux États considèrent les personnes comme des « prisonniers âgés » à partir de 50 ans<sup>12</sup>.

La plupart des établissements pénitentiaires ont été conçus pour restreindre la liberté des jeunes, mais pas pour dispenser des soins optimaux aux personnes âgées. Par conséquent, les établissements pénitentiaires ne disposent souvent pas des moyens suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées dont l'état de santé est précaire et qui présentent un handicap physique. Ces établissements obligent souvent les résidents à composer avec un environnement peu favorable, comme un mauvais éclairage, des escaliers raides, des allées peu éclairées, des lits superposés trop hauts et des toilettes trop basses. La hausse du nombre de détenus âgés a amené certains établissements pénitentiaires à repenser l'espace pour les résidents présentant

7 Bureau de l'Inspecteur Général, *The Impact of an Aging Inmate Population on the Federal Bureau of Prisons*, DoJ, Washington, DC, février 2016, disponible sur : <https://oig.justice.gov/reports/2015/e1505.pdf>.

8 BJS, *op. cit.* note 6 ; BJS, *Prisoners in 2015*, DoJ, BJP, Washington, DC, décembre 2016, disponible sur : [https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/p15\\_sum.pdf](https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/p15_sum.pdf).

9 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.

10 Ronald H. Aday, *Aging Prisoners: Crisis in American Corrections*, Praeger, Westport, CT, 2003.

11 *Ibid.*

12 Brie A. Williams, Marc F. Stern, Jeff Mellow, Meredith Safer et Robert B. Greifinger, « Aging in Correctional Custody: Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 8, 2012.

des déficiences physiques et à améliorer les structures en leur entier pour faire face à leur parcours de soins complexes. Tout ceci est susceptible d'engendrer des coûts pénitentiaires élevés<sup>13</sup>.

Cependant, il est peu aisé de connaître la part exacte que représentent les frais occasionnés par les soins de santé nécessaires aux détenus âgés en raison d'un manque de transparence des données des établissements pénitentiaires et des différentes façons dont ceux des établissements qui partagent leurs données, répartissent leurs coûts et rendent compte de leurs dépenses<sup>14-15</sup>. Selon les estimations les plus crédibles, les coûts moyens liés à l'incarcération des personnes âgées aux États-Unis sont jusqu'à neuf fois plus élevés que pour les jeunes<sup>16</sup>. En 2013, l'Office of the Inspector General (Bureau de l'Inspecteur Général, département américain de la Justice) a relevé que le Bureau fédéral des prisons avait dépensé 881 millions de dollars pour incarcérer des individus âgés de 50 ans et plus<sup>17</sup>. En outre, les prisons d'État qui accueillent le plus haut pourcentage de personnes âgées, affichent des coûts en médicaments qui sont quatorze fois plus élevés que les prisons ayant une part plus faible de personnes âgées de 50 ans et plus<sup>18</sup>.

En termes de justice pénale, les résultats chez les détenus âgés sont également plus satisfaisants. Par rapport aux détenus plus jeunes, les plus âgés ont tendance à se voir infliger moins de sanctions disciplinaires pendant leur incarcération et présentent des taux de récidive plus faibles lorsqu'ils sont relâchés. Par exemple, les statistiques du Bureau fédéral des prisons américain montrent que si les individus âgés de 50 ans et plus représentent 19 % de la population, ils ne représentent que seulement 10 % des cas de mauvaise conduite<sup>19</sup>. Sur la même période, le taux de récidive sur trois ans pour tous les individus quittant les prisons fédérales des États-Unis était de 41 %, alors qu'il était seulement de 15 % pour les personnes âgées de 50 ans et plus<sup>20</sup>.

Dans de nombreux pays, les personnes incarcérées ont droit à un accès aux soins d'une qualité équivalente à celle dont bénéficient les autres citoyens. Par exemple, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels affirme « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre<sup>21</sup> ». Les Principes fondamentaux relatifs au

13 Tina Maschi, Deborah Viola et Fei Sun, « The High Cost of the International Aging Prisoner Crisis: WellBeing as the Common Denominator for Action », *The Gerontologist*, vol. 53, n° 4, 2013 ; Cyrus Ahalt, Robert L. Trestmann, Josiah D. Rich, Robert B. Greifinger et Brie A. Williams, « Paying the Price: The Pressing Need for Quality, Cost and Outcomes Data to Improve Correctional Healthcare for Older Prisoners », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 61, n° 11, 2013.

14 *Ibid.*

15 Cyrus Ahalt, Ingrid A. Binswanger, Michael Steinman, Jacqueline Tulsy et Brie A. Williams, « Confined to Ignorance: The Absence of Prisoner Information from Nationally Representative Health Data Sets », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 2, 2012.

16 *Ibid.*

17 Bureau de l'Inspecteur Général, *op. cit.* note 7.

18 *Ibid.*

19 *Ibid.*

20 *Ibid.*

21 Andrew Coyle, « Standards in Prison Health: The Prisoner as a Patient », *Prisons and Health*, OMS, 2014, disponible sur : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/249191/Prisons-and-Health-2-Standards-in-prison-health-the-prisoner-as-a-patient.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249191/Prisons-and-Health-2-Standards-in-prison-health-the-prisoner-as-a-patient.pdf?ua=1) ; citons, par exemple, Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), *Mouisel v. France*, Demande n° 67263/01, 14 novembre 2002 ; CEDH,

traitement des détenus des Nations Unies disposent que « les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique ». Par sa jurisprudence, la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu le droit des détenus à un traitement médical minimum<sup>22</sup>. C'est également le cas aux États-Unis où, en 1976, la Cour Suprême a garanti aux détenus un droit à des soins de santé correspondant aux « normes sociales [traduction CICR]<sup>23</sup> ». Ce principe, couramment généralement désigné dans les pays européens par l'expression « équivalence des soins », est souvent utilisé pour définir les normes minimales de soins de santé exigées des établissements pénitentiaires.

Bien que les éthiciens rappellent que l'équivalence des soins est difficile (et parfois impossible) à obtenir dans un environnement où l'autonomie des patients est compromise, où il y a d'autres priorités (par exemple, des questions juridiques ou des enjeux de sécurité) et des besoins sociaux et médicaux considérables qui restreignent les fonds disponibles pour les traiter<sup>24</sup>, il s'agit néanmoins d'un principe utile pour élaborer une norme de soins minimale. Lorsque l'équivalence des soins est appliquée aux personnes âgées en milieu carcéral, il est nécessaire de se référer aux soins gériatriques habituellement pratiqués en dehors de la prison. La gériatrie est une spécialité médicale qui vise à améliorer la santé, l'état fonctionnel, l'autonomie et la qualité de vie des patients âgés par un bilan biologique, psychologique et social et par un traitement<sup>25</sup>. La médecine gériatrique prône une approche centrée sur le patient afin de prioriser et d'évaluer les risques et les bénéfices des différentes prescriptions (qui sont parfois contradictoires) proposées aux patients présentant des pathologies multiples et une invalidité, par un bilan complet de leurs objectifs personnels en matière de soins. Introduire un modèle de soins gériatriques dans les établissements pénitentiaires implique de bien comprendre les principaux besoins cliniques nécessaires aux soins gériatriques.

## Principales pathologies gériatriques

### Autonomie fonctionnelle

En gériatrie, l'« autonomie fonctionnelle » désigne la capacité d'un individu à accomplir les « actes de la vie quotidienne » (AVQ), comme s'habiller, faire sa toilette et se nourrir, ainsi que des activités domestiques courantes appelées « activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ), comme faire les courses, gérer son budget et prendre ses médicaments<sup>26</sup>. L'autonomie fonctionnelle d'une personne est

*Hénaf c/ France*, Demande n° 65436/01, 27 novembre 2003 ; CEDH, *McGlinchey et autres c/ Royaume-Uni*, Jugement, Demande n° 50390/99, 29 avril 2003.

22 A. Coyle, *op. cit.* note 21.

23 Cour Suprême des États-Unis, *Estelle v. Gamble*, Affaire n° 75-929, Jugement, 30 novembre 1976.

24 *Ibid.*

25 Brie A. Williams, Anna Chang, Cyrus Ahalt, Helen Chen, Rebecca Conant, C. Seth Landefeld, Christine Ritchie et Michi Yukawa, *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics*, 2<sup>e</sup> éd., McGraw-Hill Professional, New York, 2014.

26 *Ibid.*, p. 4. Voir aussi : <https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/stories/divers/iadl.pdf>.

le résultat de l'interaction entre ses capacités cognitives et physiques d'une part et l'environnement dans lequel elle vit, d'autre part.

Évaluer et améliorer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées est indispensable pour garantir leur bonne santé, leur sécurité et leur bien-être. De façon générale, les recherches ont systématiquement démontré que lorsque la capacité d'une personne âgée à accomplir ses AVQ et AIVQ décline, c'est un signe de détérioration de son état de santé qui va avoir un coût et qui indique que la mort est proche<sup>27</sup>. Par conséquent, les médecins et autres professionnels de santé qui exercent la médecine en gériatrie se concentrent principalement sur l'évaluation de la capacité de leurs patients à effectuer ces actes, une évaluation qui donne souvent lieu à des recommandations visant à modifier leur environnement afin de renforcer leur autonomie. Par exemple, de simples outils comme un enfile boutons avec crochets ou des chaussures fermeture velcro peuvent s'avérer utiles pour surmonter les difficultés rencontrées en cas d'arthrite sévère<sup>28</sup>.

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle en milieu carcéral peut s'avérer difficile. Aux États-Unis, par exemple, les détenus, pour la plupart sinon tous, n'ont pas à s'occuper de leurs courses, à faire la cuisine ou à gérer leur budget. Ceci complique l'évaluation de la capacité d'un patient à accomplir ces actes de la vie quotidienne. En revanche, d'autres actions peuvent être demandées régulièrement aux détenus, comme se tenir debout pendant une longue période, lors de l'appel, ou monter sur la couchette du haut qui leur a été attribuée<sup>29</sup>. Ces activités quotidiennes spécifiques varient d'un établissement à l'autre, voire d'un bâtiment à un autre, au sein d'un même établissement. C'est la raison pour laquelle il est important de repérer les activités nécessaires pour préserver l'autonomie (« actes de la vie quotidienne au sein de la prison ») dans chaque unité d'hébergement et d'y affecter les individus en fonction de leur capacité à effectuer ces activités<sup>30</sup>.

## Multimorbidité et complexité médicale

Les détenus âgés ont plus de mal à affronter les affections chroniques<sup>31</sup>. Selon une étude qui a évalué l'état de santé des hommes âgés de 60 ans et plus dans des prisons en Angleterre et au Pays de Galles, il ressort que 85 % d'entre eux avaient au moins une maladie chronique grave, un taux plus élevé que celui des personnes du même âge non incarcérées et beaucoup plus élevé que celui des prisonniers plus jeunes<sup>32</sup>. En

27 Kenneth E. Covinsky, Amy C. Justice, Gary E. Rosenthal, Robert M. Palmer et C. Seth Landefeld, « Measuring Prognosis and Case Mix in Hospitalized Elders: The Importance of Functional Status », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 4, 1997.

28 Brie A. Williams, Karla Lindquist, Rebecca L. Sudore, Heidi M. Strupp, Donna J. Willmott et Louise C. Walter, « Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 54, n° 4, 2006.

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*

31 Susan J. Loeb et Azza AbuDagga, « Health-Related Research on Older Inmates: An Integrative Review », *Research in Nursing and Health*, vol. 29, n° 6, 2006 ; Jacques Baillargeon, Sandra A. Black, John Pulvino et Kim Dunn, « The Disease Profile of Texas Prison Inmates », *Annals of Epidemiology*, vol. 10, n° 2, 2000.

32 Seena Fazel, Tony Hope, Ian O'Donnell, Mary Piper et Robin Jacoby, « Health of Elderly Male Prisoners: Worse than the General Population, Worse than Younger Prisoners », *Age and Ageing*, vol. 30, n° 5, 2001.

Suisse, il a été montré que les détenus âgés devaient faire l'objet d'une surveillance médicale plus étroite que les prisonniers plus jeunes et qu'ils nécessitaient des soins pour des affections chroniques plus lourdes (comme le diabète et l'insuffisance cardiaque)<sup>33</sup>. En outre, des maladies chroniques courantes comme le diabète, une maladie hépatique avancée ou une coronaropathie, peuvent rendre la prise en charge d'autres affections dont le patient est atteint par ailleurs, comme la paraplégie, plus difficile<sup>34</sup>.

Les détenus âgés sont aussi particulièrement vulnérables aux maladies infectieuses. Une étude menée au Texas a montré que les taux de tuberculose, d'hépatite B et C, d'infections à staphylocoques résistantes (comme le staphylocoque doré résistant à la méticilline ou SARM), de syphilis et de pneumonie étaient beaucoup plus élevés chez les personnes âgées incarcérées que ceux observés chez les prisonniers plus jeunes et les personnes âgées non incarcérées<sup>35</sup>.

## Syndromes gériatriques en milieu carcéral

En plus des maladies chroniques, les personnes âgées sont souvent confrontées à d'autres « syndromes gériatriques » susceptibles d'altérer leurs fonctions et de perturber leur qualité de vie. On peut citer, par exemple, les chutes fréquentes, la déficience cognitive et la démence, l'incontinence, la déficience sensorielle et la polypharmacie<sup>36</sup>. Ces syndromes gériatriques fragilisent une personne âgée et aggravent son état de santé<sup>37</sup>. Ceci justifie que les personnes âgées bénéficient d'une évaluation gériatrique approfondie lors de leur admission dans un établissement pénitentiaire, évaluation qui permettra de détecter la présence de syndromes gériatriques et, si nécessaire, de prescrire des soins permettant de les traiter. Les personnes qui vieillissent en prison devraient faire l'objet d'un réexamen régulier (par exemple une fois par an), afin de repérer et de traiter les syndromes gériatriques dès leur apparition.

## Chutes

Les chutes constituent l'une des principales causes de blessures graves et de décès chez les personnes âgées<sup>38</sup>. De nombreux facteurs favorisent un risque de chute élevé

33 Tenzin Wangmo, Sirin Hauri, Andrea H. Meyer et Bernice S. Elger, « Patterns of Older and Younger Prisoners' Primary Healthcare Utilization in Switzerland », *International Journal of Prisoner Health*, vol. 12, n° 3, 2016.

34 Ingrid A. Binswanger, Patrick M. Krueger et John F. Steiner, « Prevalence of Chronic Medical Conditions Among Jail and Prison Inmates in the USA Compared with the General Population », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, n° 11, 2009.

35 Jacques Baillargeon, Sandra A. Black, Charles T. Leach, Hal Jenson, John Pulvino, Patrick Bradshaw et Owen Murray, « The Infectious Disease Profile of Texas Prison Inmates », *Preventive Medicine*, vol. 38, n° 5, 2004.

36 C. Seth Landefeld, Robert M. Palmer, Mary Anne Johnson, C. Bree Johnston et William L. Lyons, *Current Geriatric Diagnosis and Treatment*, McGraw-Hill, New York, 2004.

37 Sharon K. Inouye, Stephanie Studenski, Mary Elizabeth Tinetti and George A. Kuchel, « Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, n° 5, 2007.

38 C. S. Landefeld *et al.*, *op. cit.* note 36.

chez ces personnes, comme la perte de masse musculaire, la douleur due à l'arthrite, l'altération de l'équilibre due à la perte de sensibilité et la déficience auditive ou visuelle<sup>39</sup>. En milieu carcéral, de nombreux facteurs peuvent accroître le risque de chute, comme des allées mal éclairées ou encombrées. En outre, les détenus âgés qui passent la plupart de leur temps à l'intérieur présentent un risque accru de déficience en vitamine D en raison d'une exposition insuffisante au soleil<sup>40</sup>. La vitamine D est essentielle à la santé musculaire et osseuse et une déficience en vitamine D accroît le risque de chute chez les personnes âgées<sup>41</sup>. D'autres obstacles à une déambulation normale, comme le fait de devoir marcher avec des sangles aux chevilles ou aux poignets, sont également susceptibles d'augmenter le risque de chute. De plus, le peu d'activités physiques fragilise les personnes, ce qui constitue un facteur de risque important de se blesser grièvement lors de chutes<sup>42</sup>.

## Déficience cognitive

Les changements cognitifs normaux liés à l'âge peuvent se traduire par une réactivité plus lente et un ralentissement dans l'exécution des tâches<sup>43</sup>. En revanche, le diagnostic de changements cognitifs *anormaux* (démence) montre à la fois une déficience de mémorisation et une déficience dans au moins un domaine cognitif supplémentaire, comme le jugement ou la fonction exécutive et un certain degré de nouvelle déficience fonctionnelle (capacité nouvellement altérée à réaliser les AVQ ou les AIVQ)<sup>44</sup>.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 47,5 millions de personnes dans le monde sont atteintes de démence et que ce nombre pourrait s'élever à 75,6 millions d'ici à 2030<sup>45</sup>. La démence augmente avec l'âge ; alors que 5 % des personnes âgées de 70 à 79 ans sont atteintes de démence, ce pourcentage s'élève à 37 % chez les personnes âgées de plus de 90 ans<sup>46</sup>. De nombreux facteurs de risque de démence, comme un niveau d'instruction médiocre, sont courants chez les populations pénitentiaires<sup>47</sup>. Bien que peu d'études aient été menées dans ce domaine<sup>48</sup>, on estime que la déficience cognitive est élevée chez les détenus âgés et qu'elle concerne pas moins de 19 % à 30 % des détenus adultes âgés de 55 ans et

39 Mary E. Tinetti et Chandrika Kumar, « The Patient Who Falls: It's Always a Trade-Off », *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, n° 3, 2010.

40 Peter D. Papapetrou, Maria Triantafyllopoulou et A. Korakovouni, « Severe Vitamin D Deficiency in the Institutionalized Elderly », *Journal of Endocrinological Investigation*, vol. 31, n° 9, 2008.

41 Michael F. Holick, « Vitamin D Deficiency », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 3, 2007.

42 Tahir Masud et Robert O. Morris, « Epidemiology of Falls », *Age and Ageing*, vol. 30, 2001.

43 Caroline N. Harada, Marissa Natelson Love et Kristen Triebel, « Normal Cognitive Aging », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 29, n° 4, 2013.

44 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 25, pp. 123-133.

45 OMS, *Epidémiologie et charge de la Démence*, Genève, 2016, disponible sur : [http://apps.who.int/ebwha/pdf\\_files/eb139/b139\\_3-fr.pdf](http://apps.who.int/ebwha/pdf_files/eb139/b139_3-fr.pdf).

46 B. Brent Simmons, Brett Hartmann et Daniel DeJoseph, « Evaluation of Suspected Dementia », *American Family Physician*, vol. 15, n° 84, 2011.

47 *Ibid.*

48 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.



plus<sup>49</sup>. Une étude a permis d'établir que la démence avait été diagnostiquée chez 40 % des détenus âgés dans une prison d'État aux États-Unis<sup>50</sup>.

Si l'emploi du temps quotidien très rigoureux des établissements pénitentiaires peut rendre difficile la détection d'une déficience cognitive et de la démence (comme le fait de se perdre, d'égarer des objets ou de mal gérer son argent), un diagnostic précoce est d'une importance capitale en milieu carcéral. Les changements cognitifs, les troubles de la personnalité qui accompagnent souvent la démence, ainsi que les « comportements liés à la démence » (errer, se battre ou ne pas bien contrôler ses pulsions) peuvent augmenter le risque d'une mesure disciplinaire injustifiée, de victimisation ou de non-respect des conditions de liberté conditionnelle après la sortie de prison. L'un des principaux outils permettant une détection précoce de la déficience cognitive est d'apprendre à ceux qui passent le plus de temps avec les détenus en prison, comme le personnel pénitentiaire, comment repérer les signes avant-coureurs. Une étude a permis d'établir que des personnels pénitentiaires n'ayant reçu aucune formation particulière, avaient soupçonné la présence d'une déficience cognitive cinq fois plus souvent que le personnel médical<sup>51</sup>.

## Incontinence urinaire

Bien que l'incontinence urinaire soit courante chez les personnes âgées, elle ne relève pas d'un vieillissement normal et elle justifie toujours une évaluation médicale approfondie<sup>52</sup>. De façon générale, l'incontinence est souvent insuffisamment signalée et sous-diagnostiquée<sup>53</sup>. Les études montrent que les patients la signalent rarement spontanément à leur médecin<sup>54</sup>. En effet, il résulte d'une enquête effectuée auprès des responsables des soins en milieu pénitentiaire, que 30 % d'entre eux pensaient plutôt, au moment de la consultation, à interroger leurs patients sur l'asthme que sur l'incontinence<sup>55</sup>. En milieu carcéral, les détenus âgés portant des vêtements malodorants en raison de leur incontinence pourraient être exposés à un risque accru de maltraitance ou de harcèlement. Il est donc essentiel que les équipes de santé en milieu carcéral puissent aborder cette question avec les personnes âgées et que les prisons disposent de protections hygiéniques adaptées pour l'incontinence et qu'elles permettent aux personnes âgées souffrant d'incontinence de changer de vêtements aussi souvent que nécessaire<sup>56</sup>.

49 R. H. Aday, *op. cit.* note 10.

50 Brie A. Williams, Jacques Baillargeon, Karla Lindquist, Louise C. Walter, Kenneth E. Covinsky, Heather E. Whitson et Michael A. Steinman, « Medication Prescribing Practices for Older Prisoners in the Texas Prison System », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 4, 2010.

51 Brie A. Williams, Karla Lindquist, Terry Hill, Jacques Baillargeon, Jeff Mellow, Robert Greifinger et Louise C. Walter, « Caregiving Behind Bars: Correctional Officer Reports of Disability in Geriatric Prisoners », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 57, n° 7, 2009.

52 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 28.

53 Kathryn L. Burgio, Diane G. Ives, Julie L. Locher, Vincent C. Arena et Lewis H. Kuller, « Treatment Seeking for Urinary Incontinence in Adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 42, n° 2, 1994.

54 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.

55 Rebecca Reviere et Vernetta D. Young, « Aging Behind Bars: Health Care of Older Female Inmates », *Journal of Women & Aging*, vol. 16, n° 1-2, 2004.

56 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 28.

## Déficience sensorielle

Au moins un tiers des personnes âgées de 60 ans et plus de 80 % des personnes âgées de plus de 85 ans présentent un certain degré de déficience auditive, tandis qu'environ une personne âgée de plus de 80 ans sur 3 présente une déficience visuelle<sup>57</sup>. Les déficiences auditive et visuelle peuvent engendrer des difficultés spécifiques pour les détenus, comme être incapable de répondre aux ordres du personnel pénitentiaire ou entraver une audition devant un tribunal<sup>58</sup>. Les déficiences sensorielles augmentent également le risque de chute causant des blessures et peuvent engendrer un isolement social handicapant<sup>59</sup>. Les détenus âgés devraient subir un test auditif, car les prothèses auditives peuvent améliorer leur bien-être social et affectif<sup>60</sup>. Les détenus âgés devraient également bénéficier d'un contrôle annuel de la vue et, après une chute ou s'ils se replient sur eux-mêmes, d'un dépistage visuel et auditif systématique<sup>61</sup>.

## Polypharmacie

La « polypharmacie » désigne la prescription simultanée de multiples médicaments, la prise de médicaments connus pour présenter des effets indésirables chez les personnes âgées et/ou la prise d'un médicament visant à traiter les effets secondaires d'une autre médication<sup>62</sup>. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux interactions médicamenteuses et aux effets secondaires des médicaments, courants en polypharmacie, en raison des changements liés à l'âge dans le métabolisme des médicaments, lequel affecte à la fois la diffusion et l'élimination des médicaments dans l'organisme<sup>63</sup>. La polypharmacie peut également aggraver les effets secondaires d'autres syndromes gériatriques (comme les chutes, l'incontinence ou la déficience cognitive) et peut amplifier les douleurs des patients âgés, bien que cet aspect soit souvent négligé<sup>64</sup>. C'est pourquoi les experts en gériatrie attachent une attention particulière à la polypharmacie et ont fréquemment recours à une « déprescription »,

57 Anne D. Walling et Gretchen M. Dickson, « Hearing Loss in Older Adults », *American Family Physician*, vol. 85, n° 12, 2012, disponible sur : [www.aafp.org/afp/2012/0615/p1150.html](http://www.aafp.org/afp/2012/0615/p1150.html) ; Allen L. Pelletier, Ledy Rojas-Roldan et Janis Coffin, « Vision Loss in Older Adults », *American Family Physician*, vol. 94, n° 3, 2016, disponible sur : [www.aafp.org/afp/2016/0801/p219.html](http://www.aafp.org/afp/2016/0801/p219.html).

58 Terry Hill, Brie A. Williams, Gail Cobe et Karla Lindquist, *Aging Inmates: Challenges for Healthcare and Custody*, Report, Lumetra, San Francisco, CA, 2006, disponible sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.8908&rep=rep1&type=pdf>.

59 *Ibid.*

60 Barbara E. Weinstein, Lynn W. Sirow et Sarah Moser, « Relating Hearing Aid Use to Social and Emotional Loneliness in Older Adults », *American Journal of Audiology*, vol. 25, n° 1, 2016; Raffaella Boi, Luca Racca, Antonio Cavallero, Veronica Carpaneto, Matteo Racca Francesca Dall'Acqua, Michele Ricchetti, Alida Santelli et Patrizio Odetti, « Hearing Loss and Depressive Symptoms in Elderly Patients », *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 12, n° 3, 2012.

61 Brie A. Williams, Cyrus Ahalt et Louise Aronson, « Aging Correctional Populations », in Gerben Bruinsma et David Weisburd (dir.), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*, Springer, New York, 2014.

62 Cynthia M. Williams, « Using Medications Appropriately in Older Adults », *American Family Physician*, vol. 66, n° 10, 2002.

63 *Ibid.*

64 S. K. Inouye *et al.*, *op. cit.* note 37.

en réévaluant les prescriptions lors de chaque visite médicale afin d'éliminer les médicaments inutiles et peu efficaces, ou ceux dont les effets secondaires peuvent être nocifs pour les personnes âgées<sup>65</sup>. Ainsi, La polypharmacie est courante en milieu carcéral comme le montre une étude portant sur une prison d'État, selon laquelle les patients âgés de plus de 65 ans prenaient en moyenne neuf types de médicaments différents<sup>66</sup>. Ces patients avaient tendance à prendre des médicaments jugés inappropriés pour leur âge, comparé aux patients âgés non détenus qui avaient fait l'objet d'études analogues<sup>67</sup>.

## Troubles mentaux et isolement

De nombreux détenus âgés sont confrontés à des difficultés psychosociales qui peuvent amplifier un handicap physique. Par exemple, environ la moitié des prisonniers aux États-Unis présente au moins un trouble mental<sup>68</sup>. On estime qu'entre 10 % et 40 % des détenus âgés aux États-Unis présentent une maladie mentale grave<sup>69</sup>. Près d'un tiers d'entre eux souffrent de troubles post-traumatiques<sup>70</sup>. Des personnes âgées peuvent également être prises de graves crises d'angoisse à l'idée de leur libération imminente<sup>71</sup>. D'autres peuvent être stressés à l'idée de mourir en prison<sup>72</sup>. Pour certains, l'aptitude réduite à accomplir des actes de la vie quotidienne en milieu carcéral coïncide avec des taux plus élevés de dépression et de pensées suicidaires<sup>73</sup>.

La santé mentale peut également être affectée par le sentiment d'isolement en milieu carcéral. Comparé aux détenus plus jeunes, les adultes âgés ont moins de visiteurs réguliers et sont moins connectés, au sein de la prison, à des réseaux sociaux et à des groupes d'entraide<sup>74</sup>. Cet isolement social relatif peut conduire à diminuer

65 Ian A. Scott, Sarah N. Hilmer, Emily Reeve, Kathleen Potter, David Le Couteur, Deborah Rigby, Danijela Gnjidic, Christopher B. Del Mar, Elizabeth E. Roughead, Amy Page, Jesse Jansen et Jennifer H. Martin, « Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing », *JAMA Internal Medicine*, vol. 175, n° 5, 2015 ; Michael A. Steinman, « Polypharmacy - Time to Get Beyond Numbers », *JAMA Internal Medicine*, vol. 176, n° 4, 2016.

66 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 50.

67 *Ibid.*

68 Doris J. James et Lauren E. Glaze, *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*, Special Report, BJS, DoJ, Washington, DC, 2006.

69 B.A. Williams, C. Ahalt et L. Aronson, *op. cit.* note 71 ; Sabrina Haugebrook, Kristen M. Zgoba et Tina Maschi, « Trauma, Stress, Health, and Mental Health Issues among Ethnically Diverse Older Adult Prisoners », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 6, n° 3, 2010.

70 Jason D. Flatt, Brie A. Williams, Deborah Barnes, Joe Goldenson et Cyrus Ahalt, « Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Associated Health and Social Vulnerabilities in Older Jail Inmates », *Aging & Mental Health*, vol. 21, n° 10, 2017.

71 Elaine Crawley et Richard Sparks, « Is There Life After Imprisonment? How Elderly Men Talk About Imprisonment and Release », *Criminology and Criminal Justice*, vol. 6, n° 1, 2006.

72 Ronald H. Aday, « Aging Prisoners' Concerns toward Dying in Prison », *Journal of Death and Dying*, vol. 52, n° 3, 2006.

73 Lisa C. Barry, Dorothy B. Wakefield, Robert L. Trestman et Yeates Conwell, « Disability in Prison Activities of Daily Living and Likelihood of Depression and Suicidal Ideation in Older Prisoners », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, janvier 2016.

74 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 50.

l'autonomie fonctionnelle ou à l'installer, aggravant ainsi encore davantage le risque d'isolement et les déficiences physiques des personnes âgées<sup>75</sup>.

## La santé des détenues âgées

Entre 1980 et 2014, le nombre de femmes incarcérées aux États-Unis a augmenté de plus de 700 %<sup>76</sup>. En 2015, 7 % des détenues dans les prisons d'État et fédérales, étaient âgées de 55 ans et plus<sup>77</sup>. En Angleterre et au Pays de Galles, le taux de population féminine dans les établissements pénitentiaires progresse plus rapidement que celui de la population masculine : alors que le nombre d'hommes incarcérés dans ces pays a diminué d'environ 50 % depuis 2004, le nombre de femmes incarcérées a doublé<sup>78</sup>. Le nombre de femmes incarcérées progresse aussi plus rapidement que le nombre d'hommes incarcérés, en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans de nombreux pays d'Amérique Latine et d'Europe<sup>79</sup>. Pourtant, les besoins des femmes âgées risquent d'être négligés dans de nombreux établissements pénitentiaires, conçus, à l'origine, pour des hommes jeunes et en bonne santé.

Peu d'études ont été consacrées aux besoins en matière de santé des femmes âgées dans les établissements pénitentiaires. Ce qui est connu sur la santé des femmes en milieu carcéral est relatif à la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes.

On peut tirer quelques conclusions sur les besoins des détenues âgées en matière de santé à partir des quelques études consacrées à cette population, des études relatives aux jeunes détenues, et de ce que l'on connaît des besoins en matière de santé chez les femmes âgées en dehors du milieu carcéral. Par exemple, les femmes incarcérées sont plus susceptibles d'avoir contracté le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) que les hommes incarcérés<sup>80</sup>. Des études menées au Texas ont montré que l'hépatite B et C, le VIH/SIDA, du SARM et la syphilis étaient plus fréquents chez les détenues âgées que chez les hommes<sup>81</sup>. Ces taux élevés de maladies sexuellement transmissibles ne sont guère surprenants, étant donné qu'un grand nombre de femmes incarcérées ont été victimes d'agressions physiques ou sexuelles (57 % selon une étude<sup>82</sup>), de maltraitance (entre 77 % et 90 %<sup>83</sup>), ou

75 Carla M. Perissinotto, Irena Stijacic Cenzer et Kenneth E. Covinsky, « Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death », *JAMA Internal Medicine*, vol. 172, n° 14, 2012.

76 The Sentencing Project, « Incarcerated Women and Girls », Fact Sheet, Washington, DC, 2015, disponible sur : [www.sentencingproject.org/wp-content/uploads/2016/02/Incarcerated-Women-and-Girls.pdf](http://www.sentencingproject.org/wp-content/uploads/2016/02/Incarcerated-Women-and-Girls.pdf).

77 BJS, *op. cit.* note 8.

78 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Handbook on Women and Imprisonment*, 2<sup>e</sup> éd. New York, 2014, disponible sur : [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women\\_and\\_imprisonment\\_-\\_2nd\\_edition.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf).

79 *Ibid.*

80 Michele Staton, Carl Leukefeld et J. Matthew Webster, « Substance Use, Health, and Mental Health: Problems and Service Utilization among Incarcerated Women », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 47, n° 2, 2003.

81 J. Baillargeon *et al.*, *op. cit.* note 35.

82 Natasha A. Frost, Judith Greene et Kevin Pranis, *Hard Hit: The Growth of Imprisonment of Women, 1977-2004*, Women's Prison Association, New York, 2006, disponible sur : <http://csdp.org/research/HardHitReport4.pdf>.

83 Nena Messina et Christine Grella, « Childhood Trauma and Women's Health Outcomes in a California Prison Population », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 10, 2006.

sont passées par la prostitution. Par exemple, en 2009, 6,5 % des femmes admises au centre pénitentiaire de la ville de New York étaient prostituées et il s'est avéré qu'elles étaient plus touchées par des MST que celles qui ne s'étaient jamais prostituées<sup>84</sup>.

Les femmes incarcérées ont aussi plus de risques que les hommes de présenter une addiction à la drogue ou à l'alcool et d'être incarcérées pour une infraction liée aux stupéfiants (59 % des femmes incarcérées dans les prisons fédérales américaines contre 40 % des hommes incarcérés dans le même centre en 2015<sup>85</sup>). La conjugaison des troubles mentaux et des troubles liés à l'usage de drogue, les traumatismes antérieurs et les maladies sexuellement transmissibles, justifie une prise en charge spécifique de cette population. Ainsi, nombreux sont ceux qui plaident pour que les médecins de prison reçoivent une formation spécifique afin qu'ils dispensent aux femmes incarcérées des « soins tenant compte des traumatismes<sup>86</sup> ».

En dehors de la prison, la déficience cognitive et la démence, l'incontinence, les chutes et la déficience fonctionnelle sont plus répandus chez les femmes que les hommes<sup>87</sup>. L'ostéoporose, qui augmente les risques de chute pouvant causer une fracture et un handicap temporaire ou permanent, est quatre fois plus courante chez les femmes âgées de plus de 50 ans que chez les hommes de la même tranche d'âge<sup>88</sup>. Une étude portant sur les femmes incarcérées âgées de 55 ans et plus en Californie, a révélé que 16 % d'entre elles avaient signalé avoir besoin d'aide pour au moins une AVQ et 55 % avaient signalé une chute au cours de l'année précédente<sup>89</sup>. Les maladies et les handicaps dont souffrent les femmes incarcérées sont très lourds, ce qui peut expliquer qu'elles recourent plus fréquemment à des soins de santé<sup>90</sup> et qui pourrait laisser à penser que l'incarcération de femmes âgées coûte cher en soins et contribue ainsi à alourdir le budget santé des établissements pénitentiaires. En outre, il résulte de l'état de santé médiocre des femmes incarcérées aux États-Unis, un risque de mortalité au cours des deux premières années suivant la sortie de prison, 5,5 fois supérieur à la norme, tandis que le risque pour les hommes n'est que de 3,3 fois supérieur<sup>91</sup>.

84 Farah Parvez, Monica Katyal, Howard Alper, Ruth Leibowitz et Homer Venters, « Female Sex Workers Incarcerated in New York City Jails: Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Associated Risk Behaviors », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 89, n° 4, 2013.

85 BJS, *op. cit.* note 8.

86 Stephanie S. Covington et Barbara E. Bloom, « Gendered Justice: Women in the Criminal Justice System », in Barbara E. Bloom (dir.), *Gendered Justice: Addressing Female Offenders*, Carolina Academic Press, Durham, NC, 2003.

87 C. S. Landefeld *et al.*, *op. cit.* note 36.

88 Anne C. Looker, Lori G. Borrud, Bess Dawson-Hughes, John A. Shepherd et Nicole C. Wright, « Osteoporosis or Low Bone Mass at the Femur Neck or Lumbar Spine in Older Adults: United States, 2005-2008 », NCHS Data Brief, n° 93, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, 2012.

89 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 28.

90 B. Jayne Anno, Camila Graham, James E. Lawrence et Ronald Shansky, « Correctional Health Care: Addressing the Needs of Elderly, Chronically Ill, and Terminally Ill Inmates », Criminal Justice Institute, Middletown, CT, 2004 ; Christine H. Lindquist et Charles A. Lindquist, « Health Behind Bars: Utilization and Evaluation of Medical Care among Jail Inmates », *Journal of Community Health*, vol. 24, n° 4, 1999.

91 Ingrid A. Binswanger, Marc F. Stern, Richard A. Deyo, Patrick J. Heagerty, Allen Cheadle, Joann G. Elmore et Thomas D. Koepsell, « Release from Prison – a High Risk of Death for Former Inmates », *New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 2, 2007.

## Conditions d'enfermement

### Défis environnementaux et systémiques pour la population carcérale âgée

Dans la plupart des établissements pénitentiaires, les conditions d'enfermement sont difficiles pour de nombreuses personnes âgées qui sont dans l'incapacité physique de s'adapter à l'environnement. Parfois, l'aménagement de l'établissement pénitentiaire présente des dangers pour les personnes âgées<sup>92</sup>. Par exemple, un plancher irrégulier, un mauvais éclairage ou encore une surpopulation excessive, accroissent le risque de chute<sup>93</sup>. Les établissements pénitentiaires qui limitent considérablement la liberté de mouvement pour la plus grande partie de la journée prennent le risque de contribuer à l'affaiblissement physique des personnes âgées, ce qui aggrave le risque supplémentaire de chute, de morbidité et de mortalité. Les personnes âgées qui se déplacent lentement peuvent avoir besoin d'une aide ambulatoire pour aller d'un lieu à un autre en toute sécurité ou pour arriver à l'heure à un endroit donné, comme pour les repas<sup>94</sup>. En outre, elles peuvent être déshydratées et souffrir des variations de température<sup>95</sup>, ce qui peut constituer un danger important pour les personnes incarcérées dans des établissements qui ne disposent pas de systèmes de chauffage ou de climatisation adéquats<sup>96</sup>. De plus, il s'est avéré que pour des raisons budgétaires, certains établissements pénitentiaires américains ne respectaient pas les normes universelles d'accessibilité<sup>97</sup>.

Une déficience physique n'est pas nécessairement un handicap si l'environnement peut être modifié pour répondre aux besoins de la personne ; l'installation de barres et de sièges dans la douche et la mise en place de poignées de porte spécifiquement adaptées pour les personnes dont les mains sont déformées par l'arthrite sont autant d'exemples d'aménagements qui peuvent améliorer l'autonomie au quotidien<sup>98</sup>. Un inventaire complet des actes exigés d'un détenu pour vivre dans son unité d'hébergement et une évaluation régulière de sa capacité à répondre à ces attentes sont nécessaires pour déterminer l'environnement le plus propice au maintien de son autonomie. Ceci est important car ce qui est appelé « inadaptation environnementale/fonctionnelle » est souvent sous-estimé et expose les personnes âgées au risque de se blesser ou de perdre leur autonomie<sup>99</sup>.

92 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 28.

93 Cynthia Massie Mara, « Expansion of Long-Term Care in the Prison System: An Aging Inmate Population Poses Policy and Programmatic Questions », *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 14, n° 2, 2002.

94 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *op. cit.* note 2.

95 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.

96 Alan Blinder, « In U.S. Jails, a Constitutional Clash over Air-Conditioning », *The Right Reasons*, 15 août 2016, disponible sur : <http://www.therightreasons.net/topic/74895-in-us-jails-a-constitutional-clash-over-air-conditioning/>.

97 Human Rights Watch, *Old Behind Bars: The Aging Prison Population in the United States*, 2012, disponible sur : [www.hrw.org/sites/default/files/reports/usprisons0112webwcover\\_0\\_0.pdf](http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/usprisons0112webwcover_0_0.pdf).

98 Michael E. Rogers, Nicole L. Rogers, Nobuo Takeshima et Mohammad M. Islam, « Reducing the Risk for Falls in the Homes of Older Adults », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 18, n° 2, 2004.

99 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 28.

Certaines de ces inadaptations environnementales/fonctionnelles peuvent également être compensées par du personnel supplémentaire, afin d'aider les personnes âgées à prendre soin d'elles. Selon le Bureau américain des Statistiques du Travail, près d'un million d'Américains sont employés, en dehors de la prison, comme aides à domicile ou auxiliaires de vie, un secteur qui devrait connaître une croissance significative dans les années à venir<sup>100</sup>. Les auxiliaires de vie sont formés pour aider les patients dans leurs AVQ, en facilitant notamment leurs déplacements, ou encore pour les habiller et les nourrir. Bien que la plupart des prisons n'autorisent pas les auxiliaires de vie à fournir une assistance qui pourrait compromettre la sécurité et la dignité des patients (comme pour la toilette ou le bain), les accompagnants bénévoles qui interviennent en milieu carcéral sont parfois sollicités pour tenir compagnie aux personnes âgées ou pour les assister au sein de l'établissement, au réfectoire pour les repas, par exemple.

Les personnes âgées rencontrent parfois des difficultés pour accéder aux services de santé pénitentiaires et pour les planifier. Par exemple, certains établissements pénitentiaires font payer les visites médicales, exigent des demandes écrites pour les rendez-vous médicaux ou imposent de se tenir debout dans les salles d'attente avant un rendez-vous<sup>101</sup>, autant d'exemples qui constituent des obstacles aux soins pour certaines personnes âgées. De plus, les personnes détenues pour une longue période comptent sur les programmes de stimulation, de socialisation et de développement personnel proposées par l'établissement. Mais les activités proposées en milieu carcéral sont rarement conçues pour répondre aux besoins physiques, personnels et sociaux des personnes âgées qui, par exemple, peuvent déjà être diplômés du secondaire et, dès lors, ne pas bénéficier des programmes en vue d'acquérir ce diplôme, ou peuvent être incapables de suivre une formation professionnelle reposant sur un travail physique et pourraient se sentir exclus lorsqu'ils passent leur temps en compagnie d'adultes beaucoup plus jeunes<sup>102</sup>.

Certains établissements ont mis en place des unités d'hébergement en fonction des tranches d'âge afin de surmonter le décalage fréquent entre les unités d'hébergement pénitentiaire et les besoins des détenus les plus âgés. Ces unités peuvent être aménagées et disposer d'un personnel dédié, afin de limiter les risques potentiels liés à l'environnement, faciliter l'accès au personnel médical et parfois réduire la peur des personnes âgées d'être victimes d'agressions<sup>103</sup>. Cependant, nombreux sont ceux qui considèrent les personnes âgées comme un facteur de stabilisation dans les prisons et comme une source de sagesse et de soutien pour les plus jeunes<sup>104</sup>. En outre, de nombreux détenus âgés ont développé de solides relations avec des détenus plus jeunes, certains parmi ceux-ci se révélant de véritables

100 Bureau of Labor Statistics, *Occupational Outlook Handbook, 2016-2017 Edition: Home Health Aides*, Département du travail des États-Unis, Washington, DC, 2017, disponible sur : [www.bls.gov/ooh/healthcare/home-health-aides.htm](http://www.bls.gov/ooh/healthcare/home-health-aides.htm).

101 T. Hill *et al.*, *op. cit.* note 58.

102 Bureau de l'Inspecteur Général, *op. cit.* note 7.

103 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *op. cit.* note 2 ; John K. Kerbs et Jennifer M. Jolley, « A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners », *Criminal Justice Review*, vol. 34, n° 1, 2009.

104 Human Rights Watch, *op. cit.* note 97.

aides-soignants improvisés<sup>105</sup>. Les unités organisées par tranche d'âge peuvent briser ces relations et accroître l'isolement social pour les personnes âgées<sup>106</sup>.

Le transfert de personnes âgées vers des établissements gériatriques spécialisés peut également avoir pour conséquence de les éloigner encore plus de leurs familles et de leur entourage, ce qui peut limiter les visites qu'ils reçoivent de l'extérieur<sup>107</sup>. En outre, construire et administrer des établissements spécialisés offrant une prise en charge convenable des personnes âgées nécessitant des soins de haute qualité, coûte cher. Dans une unité d'hébergement de l'État de New York, qui fait office de maison de retraite médicalisée, conçue pour les détenus âgés atteints de démence, la prise en charge moyenne d'un individu coûte plus de deux fois plus cher que dans une maison de retraite médicalisée située en dehors du milieu carcéral<sup>108</sup>. De nouvelles études sont nécessaires pour savoir si des unités d'hébergement séparées peuvent être considérées comme une solution à certains des problèmes posés par les détenus âgés<sup>109</sup>.

## Le risque de l'isolement carcéral pour les détenus âgés

L'isolement carcéral, également appelé isolement cellulaire, unités d'hébergement spéciales, unités pour des besoins spéciaux ou quartiers de très haute sécurité (supermax), signifie, selon les Règles Nelson Mandela, l'isolement d'un détenu pendant vingt-deux heures par jour ou plus sans contact humain réel<sup>110</sup>. Aux États-Unis, l'isolement cellulaire désigne souvent la pratique pénitentiaire encore plus sévère qui consiste à enfermer les prisonniers dans une petite cellule (environ 1,8 sur 2,4 mètres) pendant environ vingt-trois heures par jour, avec peu voire pas de contacts humains et seulement trois à sept heures d'exercice physique par semaine<sup>111</sup>. Le recours à l'isolement cellulaire est courant aux États-Unis où on estime que près d'un cinquième de la population carcérale du pays, soit environ 400 000 personnes, sont mis à l'isolement cellulaire au cours d'une année<sup>112</sup>. Durant cette période, les prisonniers ne peuvent pas pratiquer d'exercice physique et manquent de soleil. Ces

105 *Ibid.*

106 *Ibid.*

107 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *op. cit.* note 2 ; Human Rights Watch, *op. cit.* note 97.

108 Michael Hill, « New York Prison Creates Dementia Unit », *Washington Post*, 29 mai 2007, disponible sur : [www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/05/29/AR2007052900208.html](http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/05/29/AR2007052900208.html) ; Maura Ewing, « When Prisons Need to Be More Like Prison Nursing Homes », *Marshall Project*, 27 août 2015, disponible sur : <https://www.themarshallproject.org/2015/08/27/when-prisons-need-to-be-more-like-nursing-homes>.

109 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.

110 Assemblée générale des Nations Unies, *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Les règles Nelson Mandela)*, A/RES/70/175, 8 janvier 2016, disponible sur : [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-F-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf).

111 Hope Metcalf, Jamelia Morgan, Samuel Olikier-Friedland, Judith Resnik, Julia Spiegel, Haran Tae, Alyssa Roxanne Work et Brian Holbrook, *Administrative Segregation, Degrees of Isolation, and Incarceration: A National Overview of State and Federal Correctional Policies*, École de Droit de Yale, Public Law Working Paper, 2013.

112 Allen J. Beck, *Use of Restrictive Housing in U.S. Prisons and Jails, 2011-2012*, BJS, DoJ, Washington, DC, 2015, disponible sur : [www.bjs.gov/content/pub/pdf/urhuspj112.pdf](http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/urhuspj112.pdf).



conditions posent problème pour la dispense de soins adaptés et pour la prise en charge des maladies liées au vieillissement.

Les pathologies gériatriques comme la démence, l'arthrite et l'ostéoporose peuvent être aggravées par les conditions de l'isolement cellulaire, comme le manque d'exercice physique, le manque d'exposition au soleil qui provoque une carence en vitamine D, ainsi qu'un manque de contacts humains<sup>113</sup>. Il ressort d'études menées auprès d'anciens détenus âgés que passer trop de temps seul risque de provoquer une hypertension, une perte de forme physique et une dépression<sup>114</sup>. L'isolement social et la solitude entraînent une hausse de la mortalité<sup>115</sup>. Compte tenu de ce que l'on sait du risque de détérioration de l'état de santé des personnes âgées, les conséquences de l'isolement sur la santé des détenus âgés sont vraisemblablement considérables.

### Maladies graves, limitant l'espérance de vie, mourir en prison et libération par compassion

Comme la population carcérale vieillit, de plus en plus de détenus présentent le risque de développer des maladies graves, limitant l'espérance de vie et de mourir en prison. Les maladies graves limitant l'espérance de vie, sont souvent invalidantes pendant un temps assez long jusqu'à ce que la mort survienne et nécessitent une surveillance médicale renforcée, ce qui peut engendrer des difficultés pour le personnel pénitentiaire et grever le budget santé de l'établissement. Il est indispensable que des praticiens bien formés prennent en charge le stress associé aux maladies graves afin que les patients incarcérés ne souffrent pas de douleurs aiguës ou de symptômes de détresse entraînant inutilement une perte de leur autonomie fonctionnelle. On constate chez les personnes âgées en milieu carcéral, des symptômes bien plus lourds que chez les détenus plus jeunes<sup>116</sup>.

- 113 M. F. Holick, *op. cit.* note 41 ; C. M. Perissinotto, I. Stijacic Cenzer et K. E. Covinsky, *op. cit.* note 75 ; L. D. Gillespie, M. Robertson, W. J. Gillespie, C. Sherrington, S. Gates, L. M. Clemson et S. E. Lamb, « Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community », *Cochrane Database of Systematic Review*, vol. 2, 2009.
- 114 Louise C. Hawkey, Ronald A. Thisted et John T. Cacioppo, « Loneliness Predicts Reduced Physical Activity: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses », *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, vol. 28, n° 3, 2009 ; John T. Cacioppo, Mary Elizabeth Huges, Linda J. Waite et Ronald Thisted, « Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses », *Psychology and Aging*, vol. 21, n° 1, 2006 ; Eric B. Larson, Li Wang, James D. Bowen, Wayne C. McCormick, Linda Teri, Paul Crane et Walter Kukull, « Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia Among Persons 65 Years of Age and Older », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n° 2, 2006.
- 115 C. M. Perissinotto, I. Stijacic Cenzer et K. E. Covinsky, *op. cit.* 75 ; M. Tabue Teguio, N. Simo-Tabue, R. Stoykova, C. Meillon, M. Cogne, H. Amiéva et J. F. Dartiques, « Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study », *Psychosomatic Medicine*, vol. 78, n° 8, 2016.
- 116 Marielle Bolano, Cyrus Ahalt, Christine Ritchie, Irena Stijacic Cenzer et Brie A. Williams, « Detained and Distressed: Persistent Distressing Symptoms in a Population of Older Jail Inmates », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 64, n° 11, 2016 ; Brie A. Williams, Cyrus Ahalt, Irena Stijacic Cenzer, Alexander K. Smith, Joe Goldenson et Christine S. Ritchie, « Pain Behind Bars: the Epidemiology of Pain in Older Jail Inmates in a County Jail », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 17, n° 12, 2014.

En outre, la hausse du taux de mortalité dans les établissements pénitentiaires américains a nécessité la formation en urgence du personnel pénitentiaire dans la prise en charge des personnes gravement malades, ainsi que l'amélioration des conditions d'hébergement pour les personnes mourantes ou atteintes d'une maladie grave<sup>117</sup>. Par conséquent, de nombreux établissements pénitentiaires étudient les moyens d'améliorer les soins dispensés aux patients mourants tout en envisageant d'élargir les possibilités de libération anticipée des personnes gravement malades pour raisons médicales<sup>118</sup>.

## Soins palliatifs et de fin de vie dans les établissements pénitentiaires

Un prisonnier sur onze aux États-Unis est condamné à perpétuité ; un tiers n'a aucune possibilité d'obtenir une libération conditionnelle<sup>119</sup>. En 2013, on comptait plus de 3 800 décès dans les prisons des États-Unis. Plus de 80 % des personnes qui sont décédées dans des prisons d'État avaient plus de 45 ans et 85 % de ces décès ont été attribués à une maladie chronique<sup>120</sup>.

Les établissements pénitentiaires peuvent être confrontés à des difficultés lorsqu'ils prodiguent des soins aux patients mourants ou en phase terminale. Les soins palliatifs correspondent aux normes en vigueur en dehors de la prison pour les personnes atteintes d'une maladie grave ou pouvant s'avérer mortelle<sup>121</sup>. Les soins palliatifs sont des soins médicaux spécifiques pour les personnes atteintes d'une maladie grave ; leur objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches<sup>122</sup>. Les praticiens spécialisés en soins palliatifs bénéficient d'une formation solide dans la maîtrise du diagnostic et la prise en charge des symptômes<sup>123</sup>. Sans une telle formation, les médecins pénitentiaires peuvent ne pas détecter suffisamment tôt les détenus susceptibles de bénéficier d'une mesure de libération anticipée pour raisons médicales et qu'il soit donc trop tard pour les soumettre à un processus d'évaluation prolongé<sup>124</sup>.

Les établissements pénitentiaires doivent faire face à des défis d'ordre éthique et politique dans la dispense de soins palliatifs équivalents à la norme en dehors

117 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4.

118 Human Rights Watch, *The Answer Is No: Too Little Compassion Release in US Federal Prisons*, 30 novembre 2012, disponible sur : <https://www.hrw.org/report/2012/11/30/answer-no/too-little-compassionate-release-us-federal-prison> ; Bureau de l'Inspecteur Général, *op. cit.* note 7.

119 Ashley Nellis et Ryan S. King, *No Exit: The Expanding Use of Life Sentences in America*, rapport, The Sentencing Project, Washington, DC, 2009, disponible sur : <https://www.sentencingproject.org/wp-content/uploads/2016/01/No-Exit-The-Expanding-Use-of-Life-Sentences-in-America.pdf>.

120 Brie A. Williams, « Testimony of Brie Williams, MD, MS », *United States Sentencing Commission: Public Hearing on Compassionate Release and Conditions of Supervision*, 17 février 2016, disponible sur : [www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/amendment-process/public-hearings-and-meetings/20160217/williams.pdf](http://www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/amendment-process/public-hearings-and-meetings/20160217/williams.pdf).

121 Amy S. Kelley et R. Sean Morrison, « Palliative Care for the Seriously Ill », *New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 8, 2015.

122 Nathan E. Goldstein et R. Sean Morrison, *Evidence Based Practice of Palliative Medicine*, 1<sup>re</sup> éd., Elsevier, Amsterdam, 2013.

123 Timothy E. Quill et Amy P. Abernethy, « Generalist Plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model », *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 13, 2013.

124 B. A. Williams, *op. cit.* note 120.

de la prison. Par exemple, en prison, le manque de confiance entre le patient et le médecin est grand en raison du déséquilibre des rapport de forces inhérent au cadre pénitentiaire<sup>125</sup>. La relation entre le médecin et le patient peut être encore plus tendue lorsque les patients redoutent que la confidentialité ayant trait à leurs souhaits de soins ne soit pas respectée ou que leurs souhaits concernant les soins en fin de vie puissent les priver du traitement médical dont ils ont absolument besoin<sup>126</sup>. La « planification préalable des soins » est une composante essentielle des soins palliatifs de haute qualité et un procédé par lequel un patient désigne un mandataire pour ses soins et remplit un formulaire où ses dispositions de fin de vie sont consignées. Selon des études portant sur des établissements pénitentiaires aux États-Unis, la planification efficace des soins pour les patients incarcérés se heurte à divers obstacles, comme le manque de personnel accompagnant, un manque de confiance entre le patient et le prestataire et la difficulté de transférer et communiquer des programmes de soins préalables entre des établissements pénitentiaires et des établissements à l'extérieur<sup>127</sup>. De nouvelles recherches sont nécessaires pour comprendre comment améliorer et perfectionner la planification préalable de soins dans les établissements pénitentiaires.

Contrairement aux soins palliatifs qui peuvent être dispensés à tous les stades d'une grave maladie, les soins de fin de vie visent à soulager la douleur et à accompagner les patients dans les derniers instants de leur vie, y compris la gestion de leur angoisse existentielle et psychologique. Des soins de fin de vie de qualité offrent un soutien complet qui repose sur le confort et la dignité dans l'accompagnement vers la mort<sup>128</sup>.

De nombreux établissements pénitentiaires ont élaboré des programmes de soins de fin de vie ou ont mis en place des centres consacrés aux soins de fin de vie pour les patients mourants<sup>129</sup>. Pourtant, certains établissements pénitentiaires limitent les conditions d'éligibilité à ces soins, ce qui peut s'avérer problématique pour une prise en charge optimale des patients atteints d'une maladie grave. La plupart des unités de fin de vie dans les prisons exigent que le patient ait été diagnostiqué depuis moins de six mois et qu'il ait consigné par écrit un « refus d'acharnement thérapeutique »<sup>130</sup>. En principe, cette directive n'est pas partagée par les centres de soins palliatifs en dehors de la prison et peut constituer un obstacle pour les personnes qui ne souhaitent pas signer un tel formulaire. Il est important que les programmes de soins de fin de vie en prison suivent les directives nationales sur les

125 Meredith Stensland et Sara Sanders, « Detained and Dying: Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care in Prison », *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, vol. 12, n° 3, 2016.

126 S. J. Loeb et al., « End-of-Life Care and Barriers for Female Inmates », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 40, n° 4, 2011 ; M. Stensland et S. Sanders, *op. cit.* note 125.

127 Sara Sanders, Meredith Stensland, Jane Dohrmann, Erin Robinson et Kim Juraco, « Barriers Associated with the Implementation of an Advance Care Planning Program in a Prison Setting », *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, vol. 10, n° 4, 2014.

128 N. E. Goldstein et R. S. Morrison, *op. cit.* note 122.

129 Human Rights Watch, *op. cit.* note 97 ; Heath C. Hoffman et George E. Dickinson, « Characteristics of Prison Hospice Programs in the United States », *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 28, n° 4, 2011.

130 Rachel K. Wion et Susan J. Loeb, « CE: Original Research: End-of-Life Care Behind Bars: A Systematic Review », *American Journal of Nursing*, vol. 116, n° 3, 2016.

meilleures pratiques afin que le niveau de soins et de services fournis ne varie pas significativement d'un établissement à un autre<sup>131</sup>.

Les unités pénitentiaires de fin de vie les plus efficaces sont souvent dotées d'un personnel constitué en partie de prisonniers volontaires. Prendre soin d'un mourant peut s'avérer bénéfique pour ces volontaires<sup>132</sup>. Ils reçoivent souvent une formation complète et acquièrent une expertise des pratiques de soins de fin de vie<sup>133</sup>. Les volontaires ont toutefois besoin de l'assistance du personnel de santé, car, en endossant ce rôle de soignant, ils se sentent souvent dépassés, surtout lorsqu'ils n'ont pas reçu de formation adéquate<sup>134</sup>. Conformément aux normes applicables en dehors de la prison, une équipe de soins pluridisciplinaire expérimentée et formée comprenant des assistantes sociales, des bénévoles et des aumôniers devrait être rattachée aux unités pénitentiaires de fin de vie<sup>135</sup>. Les établissements pénitentiaires qui n'ont pas cette approche pluridisciplinaire se placent en-deçà des référentiels habituels de soins. Enfin, le traitement des symptômes tant pour les patients gravement malades que pour les patients mourants, est parfois entravé par des réglementations restrictives sur l'utilisation des analgésiques opioïdes ou d'autres substances contrôlées, notamment pour les patients gravement malades<sup>136</sup>. Ceci rend évidemment difficile le traitement des patients qui souffrent ou qui présentent d'autres symptômes de détresse, comme l'essoufflement, qui peuvent être mieux traités par des opioïdes.

## Libération anticipée pour raisons médicales

La libération anticipée pour raisons médicales (également appelée libération par compassion ou libération conditionnelle pour raisons médicales) est une politique qui permet aux patients incarcérés gravement malades de finir leurs jours en dehors du cadre pénitentiaire avant la fin de l'exécution de leur peine<sup>137</sup>. Ces politiques sont fondées sur l'idée que l'évolution de l'état de santé peut affecter les quatre principes qui justifient l'incarcération : la punition, la réinsertion, la dissuasion et la neutralisation<sup>138</sup>. Les politiques de libération anticipée pour raisons médicales sont en principe soumises à deux conditions : 1) l'éligibilité médicale, fondée sur une expertise de l'état de santé ; et 2) une autorisation administrative (en dehors

131 National Hospice and Palliative Care Organization, *Quality Guidelines for Hospice and End-of-Life Care in Correctional Settings*, 2009, disponible sur : <https://palliativecare.issuelab.org/resources/17321/17321.pdf> ; National Prison Hospice Association, *Prison Hospice Operational Guidelines*, 1998, disponible sur : <http://prisonhospice.files.wordpress.com/2011/11/prison-hospice-guidelines-revised3.doc>.

132 Kevin N. Writing et Laura Bronstein, « Creating Decent Prisons: A Serendipitous Finding about Prison Hospice », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 44, n° 4, 2008.

133 H. C. Hoffman et G. E. Dickinson, *op. cit.* note 129.

134 Kristin G. Cloyes, Susan J. Rosenkranz, Patricia H. Berry, Katherine P. Supiano, Meghan Routt, Kathleen Shannon-Dorcy et Sarah M. Llanque, « Essential Elements of an Effective and Sustainable Prison Hospice Program », *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 33, n° 4, 2016 ; M. Stensland et S. Sanders, *op. cit.* note 125.

135 *Ibid.*

136 Violet Handtke, Hans Wolff et Brie A. Williams, « The Pains of Imprisonment: Challenging Aspects of Pain Management in Correctional Settings », *Pain Management*, vol. 6, n° 2, 2016.

137 Brie A. Williams, Rebecca L. Sudore, Robert Greifinger et R. Sean Morrison, « Balancing Punishment and Compassion for Seriously Ill Prisoners », *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 2, 2011.

138 *Ibid.*

du système de santé) pour une libération fondée sur des attestations juridiques et pénitentiaires. Ces dernières années, aux États-Unis, le nombre croissant de détenus âgés et le coût financier qu'ils représentent, ont amené à réfléchir à l'élaboration d'une politique de libération anticipée<sup>139</sup>. Il est impératif que les équipes de santé intervenant en milieu carcéral comprennent les conditions d'éligibilité pour une libération anticipée afin qu'ils puissent savoir à quel moment déclencher une telle procédure.

Pour les patients gravement malades pour lesquels la prise en charge en milieu carcéral est difficile, une procédure de libération anticipée devrait être lancée lorsqu'un programme de libération sûr a été identifié. Malheureusement, dans de nombreux États américains, le processus de libération anticipée est truffé d'obstacles qui empêchent des candidats éligibles de faire l'objet d'un examen médical et, une fois autorisés, d'être libérés dans les temps. Entre août 2013 et septembre 2014, aux États-Unis, à peine 320 prisonniers fédéraux ont déposé des demandes de libération par compassion et seulement 111 d'entre eux ont été libérés<sup>140</sup>. C'est étonnamment peu, lorsque l'on sait que le système carcéral compte plus de 4 000 prisonniers de plus de 65 ans et que bon nombre d'entre eux souffrent de maladies graves ou invalidantes<sup>141</sup>.

Le dépôt trop tardif des demandes dans le parcours thérapeutique d'une personne, lorsqu'elle est sur le point de mourir ou de devenir invalide et avant que sa demande n'ait été approuvée, constitue un frein important pour obtenir une libération anticipée<sup>142</sup>. Par ailleurs, il est courant que les médecins soient tenus d'attester que le demandeur est condamné<sup>143</sup>. Le médecin peut donc être confronté à une pression excessive car, comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer, d'hépatites graves ou d'insuffisance cardiaque congestive, de nombreuses maladies en phase terminale évoluent de manière imprévisible, tout en restant profondément invalidantes pendant de nombreuses années avant le décès.

Afin de gagner en efficacité, les politiques de libération anticipée pour raisons médicales devraient tenir compte de tous les aspects dont les personnes peuvent vivre une maladie grave. Les patients devraient pouvoir demander une libération à une phase de leur maladie où ils se retrouvent profondément handicapés sur le plan fonctionnel ou cognitif, même lorsqu'il leur reste plusieurs mois ou années à vivre, afin qu'ils puissent profiter de leur libération<sup>144</sup>. Aux États-Unis, le Bureau fédéral des prisons et plusieurs États ont élaboré leurs propres programmes de libération anticipée pour raisons médicales. Certains ont introduit un mécanisme de libération anticipée pour les personnes âgées uniquement fondé sur l'âge, après qu'une certaine fraction de leur peine ait été purgée<sup>145</sup>.

139 *Ibid.*

140 Bureau de l'Inspecteur Général, *The Federal Bureau of Prisons' Compassionate Release Program*, US Department of Justice, Washington, DC, 2013, disponible sur : <https://oig.justice.gov/reports/2013/e1306.pdf>.

141 Bureau de l'Inspecteur Général, *op. cit.* note 7.

142 Bureau de l'Inspecteur Général, *op. cit.* note 140.

143 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 137.

144 B. A. Williams, *op. cit.* note 120.

145 *Ibid.*

## Réintégrer la société : répondre aux besoins des personnes âgées sortant de prison

La période suivant la remise en liberté est difficile et souvent problématique pour la plupart des détenus et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la libération. Une étude a révélé un taux de mortalité plus élevé chez les personnes récemment sorties de prison comparé à la population du même âge<sup>146</sup>. Ce constat était en partie lié à des maladies chroniques (coronaropathie, cancer), ce qui laisse à penser que les soins ainsi que leur prise en charge financière et sociale sont interrompus à la sortie de prison<sup>147</sup>.

En outre, sans un accompagnement de qualité, les personnes âgées peuvent avoir du mal à s'y retrouver dans les démarches administratives leur permettant d'obtenir des prestations sociales, de trouver un emploi ainsi qu'un logement convenable et de bénéficier de soins de santé après leur libération<sup>148</sup>. Ainsi, ils peuvent se retrouver à court de médicaments et devoir se rendre aux urgences et/ou se faire hospitaliser pour décompensation de pathologies chroniques qui auraient pu être prises en charge en ambulatoire<sup>149</sup>.

Pour les aider à réussir leur réinsertion dans la société, les détenus âgés devraient bénéficier du parcours de soins transitionnels qui s'avèrent efficaces pour les personnes âgées sortant de l'hôpital<sup>150</sup>. Ces programmes comprennent d'abord des coordonnateurs de soins (*case managers*) pour aider ceux qui en ont besoin dans leur parcours de santé et les accompagner dans leurs démarches complexes<sup>151</sup>. Des programmes de soins transitionnels conçus pour répondre aux besoins des personnes réintégrant la société après une période d'incarcération ont été conduits avec succès. L'un de ces programmes, le Projet START, propose une évaluation séquentielle des risques ainsi que des consultations personnalisées aux hommes jeunes atteints par le VIH ou l'hépatite C avant et après leur sortie de prison<sup>152</sup>. De la même façon, le Transitions Clinic programme de San Francisco associe des personnes récemment libérées à des personnels de santé qui ont déjà été incarcérés, ce qui a permis de réduire le recours aux urgences dans la période qui suit leur sortie de prison<sup>153</sup>. Des procédures analogues devraient être mises en place pour répondre aux besoins

146 I. A. Binswanger *et al.*, *op. cit.* note 91.

147 *Ibid.*

148 Human Rights Watch, *op. cit.* note 97.

149 Joseph W. Frank, Jeffrey A. Linder, William C. Becker, David A. Fiellin et Emily A. Wang, « Increased Hospital and Emergency Department Utilization by Individuals with Recent Criminal Justice Involvement: Results of a National Survey », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29, n° 9, 2014.

150 Eric A. Coleman et Chad Boulton, « Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, n° 4, 2003.

151 *Ibid.*

152 Centers for Disease Control and Prevention, *Project START, Best Evidence - Risk Reduction*, Atlanta, Géorgie, septembre 2015, disponible sur : [https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/cdc-hiv-project\\_start\\_best\\_rr.pdf](https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/cdc-hiv-project_start_best_rr.pdf); Richard J. Wolitski et Project START Writing Group, « Relative Efficacy of a Multisession Sexual Risk-Reduction Intervention for Young Men Released From Prisons in 4 States », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 10, 2006.

153 Emily A. Wang, Clemens S. Hong, Shira Shavit, Ronald Sanders, Eric Kessel et Margot B. Kushel, « Engaging Individuals Recently Released from Prison into Primary Care: A Randomized Trial », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 9, 2012.

spécifiques des patients gériatriques qui présentent des affections complexes et qui réintègrent la société.

Il peut être difficile d'anticiper l'accompagnement de personnes âgées lorsque celles-ci nécessitent des soins équivalant à ceux dispensés par un hôpital<sup>154</sup>. Aux États-Unis, il peut s'avérer difficile de trouver des structures médicales disposées à accepter des individus sortant de prison, surtout si ceux-ci ont été condamnés pour violence ou agressions sexuelles. Pour pallier cette difficulté, l'État du Connecticut dispose désormais de sa propre structure médicale, où les personnes âgées ayant besoin de soins spécialisés peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle<sup>155</sup>.

## Quelles sont les perspectives ?

La difficulté de dispenser à une population carcérale vieillissante des soins d'une qualité identique à celle offerte par les hôpitaux a récemment fait l'objet de multiples réunions afin d'élaborer un programme de recherche et de politiques mais aussi de partager de bonnes pratiques<sup>156</sup>. L'amélioration des soins dispensés à cette population repose sur des partenariats interprofessionnels, impliquant la direction pénitentiaire et le personnel se trouvant en première ligne, des chercheurs en santé publique, des services publics, des associations de proximité, les anciens détenus et leurs familles, la police, ainsi que les médecins, pénitentiaires ou non. En outre, le budget nécessaire à la recherche doit être alloué par les services publics de l'État afin d'établir une base de données nécessaire pour élaborer des programmes de soins efficaces pour cette population<sup>157</sup>.

Comme les prestataires de soins, les chercheurs et les personnels pénitentiaires sont ceux qui collectent les éléments propres à connaître les effets de l'incarcération sur les personnes âgées ainsi que l'impact d'une population carcérale âgée sur les établissements pénitentiaires, l'administration pénitentiaire devrait en tenir compte et mettre en place des programmes de soins gériatriques efficaces, calqués sur les programmes hors prison en les adaptant au système pénitentiaire. Il serait judicieux de commencer par harmoniser l'approche gériatrique dans le milieu pénitentiaire avec le parcours de santé proposé aux personnes âgées non incarcérées. Ceci supposerait que le personnel médical soit formé pour repérer et prendre en charge les affections gériatriques, diagnostiquer et traiter les symptômes. Il existe des programmes de formation en soins palliatifs et en gériatrie pour les praticiens généralistes n'ayant pas suivi une formation spécialisée dans ces domaines<sup>158</sup>.

154 Christine Vestal, « For Aging Inmates, Care Outside Prison Walls », Pew Charitable Trusts, 12 août 2014, disponible sur : <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/blogs/stateline/2014/08/12/for-aging-inmates-care-outside-prison-walls>.

155 M. Ewing, *op. cit.* note 108.

156 B. A. Williams *et al.*, *op. cit.* note 4 ; Chambre des communes, Commission de la justice, *Older Prisoners: Fifth Report of Session 2013-14*, Chambre des communes, Londres, 2013, disponible sur : <https://www.parliament.uk/documents/commons-committees/justice/older-prisoners.pdf>.

157 Cyrus Ahalt, Ingrid A. Binswanger, Michael Steinman, Jacqueline Tulskey et Brie A. Williams, « Confined to Ignorance: The Absence of Prisoner Information from Nationally Representative Health Data Sets », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 2, 2012.

158 T. E. Quill et A. P. Abernethy, *op. cit.* note 123.

Ces programmes ont été transposés avec succès dans certains établissements pénitentiaires afin de former à la fois les médecins et les membres du personnel pénitentiaire<sup>159</sup> et devraient être étendus et intégrés à des protocoles de formation universels dans tous les établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, les hôpitaux et les cliniques reconnaissent de plus en plus le besoin de « géiatriser » leurs espaces et de disposer de programmes consacrés aux patients gériatriques, une pratique qui devrait être également adoptée dans les établissements pénitentiaires<sup>160</sup>. Certaines unités médicales pénitentiaires ont entamé ce processus. Par exemple, HPM Whatton, un établissement pénitentiaire anglais qui compte un grand nombre de patients âgés, permet aux détenus âgés de vivre dans des espaces accessibles aux personnes présentant un handicap moteur<sup>161</sup>. Cette prison forme du personnel en soins gériatriques, propose des activités destinées aux personnes âgées et a élaboré un programme de soutien entre pairs rémunérés<sup>162</sup>.

Pour respecter les normes de soins en vigueur à l'extérieur des prisons, tous les prisonniers d'un âge avancé ou qui sont gravement malades devraient avoir accès à des soins palliatifs et de fin de vie. Des politiques de libération par compassion limiteraient aussi la nécessité de tels moyens et réduiraient le poids qui pèse sur les prisons dans la prise en charge des personnes âgées ou gravement malades qui pourraient être mieux soignées à l'extérieur. C'est pourquoi des politiques de libération conditionnelle devraient être imaginées pour inciter à dire « oui » à la remise en liberté d'un demandeur plutôt que « non », en s'appuyant sur le conseil de médecins spécialisés dans le pronostic, la gériatrie et les soins de fin de vie.

L'évaluation et l'amélioration des alternatives efficaces à l'incarcération des personnes âgées, notamment celles qui souffrent d'une déficience cognitive ou d'une démence, constituent une autre piste de réflexion. L'assignation à résidence, l'utilisation de bracelets électroniques ou le transfert vers des structures médicales ou des hospices plutôt que de laisser les personnes en prison, sont autant de pistes à approfondir<sup>163</sup>. Afin d'éviter l'incarcération de personnes atteintes de démence au premier stade, toutes les personnes arrêtées devraient être examinées afin de détecter une déficience cognitive et de déterminer si elles sont capables de vivre dans un établissement pénitentiaire.

Enfin, puisque nous considérons les effets que peut avoir l'incarcération sur les personnes âgées, nous ne devons pas perdre de vue l'influence très néfaste que l'incarcération de citoyens âgés exerce sur nos sociétés. Le psychologue Erik Erickson a fort bien identifié les étapes de milieu et de fin de vie comme des oppor-

159 Meera Sheffrin, Cyrus Ahalt, Irena Stijacic Cenzer et Brie A. Williams, « Geriatrics in Jail: Educating Professionals to Improve the Care of Older Inmates », présenté à la Conférence annuelle de la Société américaine de gériatrie, Long Beach, CA, 2016.

160 Audrey Ed Chun, *Geriatric Care by Design: A Clinician's Handbook to Meet the Needs of Older Adults Through Environmental and Practice Redesign*, 1<sup>re</sup> éd., Association Médicale Américaine, 2011.

161 Lynn Saunders, « Older Offenders: The Challenge of Providing Services to Those Aging in Prison », *Prison Services Journal*, n° 208, 2013.

162 *Ibid.*

163 Bureau américain chargé de la politique nationale de contrôle des drogues, « Alternatives to Incarceration », Maison Blanche, Washington, DC, disponible sur : <https://obamawhitehouse.archives.gov/ondcp/alternatives-to-incarceration>.



tunités de « générativité » – ou accompagner et guider les nouvelles générations – et d'« intégration de l'égo », (possibilité de réfléchir et de faire le point)<sup>164</sup>. Quand les personnes âgées n'ont pas la possibilité d'interagir de manière significative avec les jeunes générations et de les faire bénéficier de leur expérience et de leurs conseils, ils sont privés d'un rôle social important et tant leur famille que leur entourage ne parviennent pas à s'approprier leur expérience, leur vision des choses et leur sagesse.

Globalement, à un niveau moindre, dispenser des soins appropriés pour les détenus âgés ou gravement malades est complexe et parfois décourageant. Cette complexité, conjuguée aux coûts exorbitants générés par les détenus âgés, soulève d'importantes questions sociétales auxquelles nous devons répondre car la population mondiale continue de vieillir. Y a-t-il certaines personnes pour lesquelles l'incarcération n'est pas appropriée ? Comment déterminons-nous à partir de quand elle ne l'est plus ? Et quels sont les alternatives à la prison pour restreindre la liberté d'une personne ? Il est temps maintenant de commencer à se poser ces questions.

164 Erik H. Erikson, *Identity and the Life Cycle*, reissue ed., Norton, New York, 1994.

