

Comportements déviants et débordements émotionnels

Les personnes âgées face à la justice

Le vieillissement de la population générale entraînant une augmentation du nombre de cas de délinquance des seniors, mais aussi la politique plus restrictive sur un plan pénal dans bien des pays occidentaux, sont à l'origine d'une augmentation considérable du nombre des personnes âgées incarcérées. Il en découle une problématique sur leur statut face à la justice. Sur le plan éthique et pratique, de nombreux dilemmes se posent. Comment intégrer les besoins de cette population dans un monde carcéral qui concerne des personnes jeunes sans troubles physiques ou de mobilité? Comment concilier la perte des facultés intellectuelles avec le séjour dans un pénitencier classique? Et, plus important, est-il possible de trouver d'autres solutions pour limiter le risque de récidive dans cette population? Des solutions respectant les droits de l'homme s'imposent.

Les personnes de plus de 60 ans constituent la partie de la population la plus rapidement croissante dans la plupart des pays occidentaux. Cette tendance est censée continuer tenant compte de l'augmentation de l'espérance de vie (1). Globalement, le nombre des seniors de plus de 60 ans est prévu d'augmenter de 56%, soit de 901 millions en 2015 à 1.4 milliard en 2030, selon le Département des Affaires Economiques et Sociales des Nations Unies – 2009 (2). En Nouvelle Zélande, la population âgée de 65 ans ou plus a doublé depuis 1981 et elle pourrait atteindre 1285'800 en 2038 (Statistics New Zealand, 2013).

Les adultes âgés de 55 ans ou plus, constituent le groupe démographique le plus rapidement croissant parmi les personnes incarcérées dans des pays divers tels que l'Australie, le Japon, le Royaume-Uni et les USA – selon Williams (3). En 2009, l'analogie de la population incarcérée sur 100'000 remontait à 760 aux Etats-Unis, à 640 en Russie, à 153 au Royaume-Uni, à 119 en Chine, et à 116 au Canada (4). Des 2.3 millions en détention provisoire aux Etats-Unis, le 16% a 50 ans ou plus (4). Le nombre des adultes incarcérés âgés de 50 ans ou plus, varie en fonction de chaque pays mais il a régulièrement augmenté au cours des deux dernières décennies (4). Selon l'Office contre la Drogue et la Crime des Nations Unies - 2009, l'augmentation de la population incarcérée de 60 ans et plus était de 216% au Royaume-Uni entre 1990 et 2000 et de 160% au Japon (65 ans+) entre 2000 et 2006 (2).

Les populations incarcérées présentent des taux de maladies chroniques et d'invalidité en moyenne 10-15 ans plus tôt que celles non incarcérées (3). Par conséquent de nombreux chercheurs et des départements correctionnels dans plusieurs pays en Europe et aux Etats-Unis considèrent les gens comme âgés à partir de 55 ans. Ce vieillissement qualifié d'accélééré, serait dû aux conditions de la vie carcérale (dont la contrainte, la malnutrition, l'abus de substances). Cependant, il n'y aurait pas d'évidence empirique pour généraliser une telle accélération du vieillissement chez toutes les personnes emprisonnées (5). Une étude récente des établissements pénitentiaires étatiques aux Etats-Unis a mis en évidence une aug-



Dr Konstantinos Kanakakis

Chêne-Bourg

Pr Panteleimon Giannakopoulos

Chêne-Bourg

mentation de ce groupe d'âge de 3% à 10% entre 1993 et 2013, ce qui correspond un 400% d'augmentation en nombre tandis que l'âge moyen des adultes incarcérés a augmenté de 30 à 36 (3).

«Il ressort de la recherche internationale une vulnérabilité considérable de la population carcérale aînée». Les prisonniers âgés ont des taux de maladies psychiatriques plus élevés comparant aux personnes âgées vivant en communauté ou aux jeunes prisonniers (2). Fazel et al. mettent en évidence que le 85% des prisonniers aînés souffre d'au moins une maladie chronique, les plus communes étant des maladies psychiatriques, cardiovasculaires, myosquelettiques ou respiratoires (2). Des taux plus élevés d'HTA, diabète et d'emphysème, ainsi que des antécédents d'infarctus du myocarde et d'AVC ont été constatés parmi les prisonniers «60+» comparés à ceux, âgés de 50-59 ans (2). Une autre étude de Fazel et al. ont mis en évidence une prévalence de 9% pour la démence, 31% pour la psychose et 9% pour des troubles anxieux et dépressifs chez une population carcérale de 65 ans et plus (n=103) (2).

La demande pour des interventions de prévention et de traitement des co-morbidités médicales et de la détérioration fonctionnelle liée à l'âge avancé, va augmenter significativement dans les années à venir (2). Lewis et al. soulèvent les défis pour les hôpitaux forensiques et les services correctionnels face à la complexité des problèmes médicaux des contrevenants âgés. A titre d'exemple, il y avait une haute prévalence des troubles neurologiques lesquels pourraient impacter sur la capacité des sujets à comprendre leur situation médico-légale. Environ 1 sur 10 sujets âgés souffraient de maladies sexuellement transmissibles, ce qui souligne l'importance du dépistage de ces maladies chez toutes les populations forensiques y compris les populations âgées. Par contre, les évaluations médicales standardisées pour la population forensique générale, pourraient ne pas détecter des pathologies avec haute prévalence à l'âge avancé, telles que les maladies cardiovasculaires ou l'AVC. Des évaluations spécifiques à l'admission (complètes, pluridisciplinaires et approfondies plutôt qu'un tri superficiel) pourraient contribuer à mettre en place un suivi approprié pour les emprisonnés âgés, ceci autant de point de vue de son efficacité que budgétaire. A noter une haute prévalence des maladies psychiatriques complexes avec bien des comorbidités chez les emprisonnés âgés, ainsi que la dépendance (ou abus) d'alcool dont la

prévalence excède considérablement celle chez les âgés vivant en communauté. Un diagnostic de dépendance à l'alcool peut s'associer avec un trouble cognitif ou une personnalité dyssociale. La distinction de deux sous-populations des sujets âgés alcooliques (traits antisociaux précédant la dépendance versus maladie de Korsakov) est importante pour le traitement. Il en ressort une indication pour des bilans neurocognitifs en état d'abstinence chez les sujets avec de troubles cognitifs. Le pronostic de la personnalité dyssociale est réservé indépendamment de l'abstinence à l'alcool (2, 6, 7).

Comportements deviants

Une étude israélienne sur les personnes condamnées pour la première fois à l'âge avancé, a conclu à une contribution totale des aînés au crime remontant à 0.34% (dont 40% fraude, 20% délits de conduite, 18% délits sexuels et 10% violences). La moitié de l'échantillon était diagnostiquée avec des troubles psychiatriques.

Moak et al. suggèrent que le vol aux magasins comme premier épisode délictueux commis par les aînés, pourrait indiquer une maladie mentale nécessitant un prompt examen clinique. Il paraît que jusqu'à présent seulement les aînés commettant des crimes graves sont susceptibles à être pris en soins par les services de santé mentale (1).

Nielsen et al. ont investigué des homicides dans des hôpitaux psychiatriques en Australie et en Nouvelle Zélande entre 1985 et 2010. Une des trois catégories identifiées d'homicide, concernait des victimes vulnérables et des sujets âgés avec des maladies chroniques dont la démence ou le retard mental avec co-morbidité psychotique (2).

Les études précédentes ont identifié trois catégories principales de prisonniers aînés: i) jeunes condamnés avec des peines de longue durée qui ont grandi en prison, ii) récidivistes, iii) condamnés tardifs dans leur vie dont les crimes étaient souvent graves. Cette troisième catégorie était rapportée comme présentant les problèmes d'adaptation les plus sévères au milieu carcéral et comme étant plus vulnérable à la victimisation (2). Dans cette catégorie on trouve un grand nombre de délinquants sexuels. Une étude suédoise a mis en évidence un taux de délinquance sexuelle de 26% chez les condamnés de plus de 60 ans, tandis que chez ceux de moins de 60 ans le taux était de 12% (2).

D'après l'Autorité Médicale Correctionnelle de l'état de Floride (USA), un taux de 34% des nouveaux contrevenants âgés de 65 ans ou plus, concernait des délits sexuels (2).

Une étude britannique désigne les délits sexuels comme les plus habituels, incluant le 56% des condamnés âgés de 65 ans ou plus (2). Un taux de 47% pour des délits sexuels (dont viol et tentative de viol, agression sexuelle et exhibition), et de 36% pour homicide, lésions corporelles et agression ressortent d'une étude rétrospective de données d'un établissement anglais de sécurité moyenne concernant des prisonniers âgés de 65 à 78 ans dont la plupart avaient des diagnostics psychiatriques (schizophrénie 21%, trouble de l'humeur 19%, trouble organique 21%, trouble de la personnalité 7%). Ces pourcentages étaient similaires à ceux d'une population plus jeune (8).

Des données du Home Office en Angleterre et au Pays-Galle révèlent que chez les hommes âgés de 60+ ans, les délits sexuels constituent la catégorie la plus importante soit 22% (2). Une revue de la littérature existante sur les délinquants sexuels pour la première fois à l'âge avancé a mis en évidence la démence comme le diagnostic le plus commun. Les victimes étaient souvent des

individuels vulnérables, tels que mineurs (y compris des petits-enfants), âgés ou souffrant de troubles neurocognitifs. La revue esquisse deux types de délinquants sexuels: les récidivistes détectés à l'âge avancé et ceux avec troubles cognitifs ayant passé à l'acte pour la première fois après la manifestation de leur affection (2). Il est à noter que la prévalence des troubles du comportement sexuel chez les sujets atteints de troubles cognitifs est entre 2% et 17% (2). Ce genre de délits peut s'expliquer par la levée de l'inhibition au niveau frontal, comme ressort d'une autre étude sur la prévalence, l'étiologie et le traitement des troubles du comportement sexuel chez les sujets avec de troubles cognitifs. Il a été démontré que les âgés de 65 ans et plus présentant des comportements inadaptés d'ordre sexuel, ont été rencontrés autant dans la communauté que les établissements médicosociaux (2).

Une étude rétrospective sur des contrevenants âgés jugés irresponsables effectuée à Flandres a également mis en évidence une prévalence de 55.5% pour les délits sexuels. Un quart de ces délinquants était diagnostiqué avec un trouble de leur sexualité (les victimes étaient principalement des mineurs). Un cinquième avaient commis des homicides (5). Ces conclusions rejoignent celles d'Aday qui a déclaré que la majorité des hommes âgés incarcérés en prison de l'état, sont emprisonnés pour meurtre et délits sexuels (5). Fazel and Grann ont reporté qu'entre (nouveaux) les détenus jugés irresponsables de plus de 60 ans, le 25.7% ont commis des délits sexuels et le 22.9% ont commis des meurtres. Un tiers d'entre eux ont commis leur premier crime après l'âge de 50 ans. Wahidin et Aday découvrent que la moitié environ des délinquants de 50 ans et plus était des nouveaux criminels âgés (2).

...et débordements émotionnels

Une étude sur la peur de crime éprouvée à l'âge avancé, a mis en évidence des adaptations comportementales chez les personnes âgées, visant une diminution de l'exposition au risque de se faire agresser, tandis que la représentation d'un tel risque du point de vue cognitif et affectif ne diffère pas de la population générale (9). Il a été proposé que la décomposition de la famille traditionnelle et des liens dans les micro-communautés ont dirigé les gens plus âgés vers la crime à travers la pauvreté et l'isolement (2).

Les débordements émotionnels à l'origine des troubles majeurs du comportement sont aisément représentables chez les populations discutées, vulnérabilisées par le vieillissement, la haute prévalence de troubles psychiques et les comorbidités physiques. Leur Moi affaibli (ou faible), ne parvient plus (ou pas) à assurer la gestion de leurs émotions ni la capacité à apprécier le caractère illicite de leurs actes et/ou à se déterminer face à ceux-ci. Le débordement émotionnel au niveau des familles empêcherait leurs proches à dévoiler les déviations comportementales, ceci ayant comme conséquence une sous-dénonciation des crimes aux autorités (1).

La sympathie que la société montre aux aînés, dont une indulgence quant à la détection de leurs crimes (1), serait aussi une expression du débordement émotionnel au niveau sociétal donc moins personnalisé, irrationnel, stéréotypé avec des conséquences négatives: les gens âgés sont ainsi perçus comme présentant un risque très bas à commettre des actes violents et ceci pourrait avoir contribué au manque de recherche et de développement de services spécialisés par des psychiatres forensiques pour cette tranche d'âge (2).

Une autre conséquence du débordement émotionnel collectif, animé par le besoin sécuritaire sociétal, serait la rigidification des mesures correctionnelles, amenant à la croissance de la population des aînés incarcérés (3) et de là à un risque soit de maltraitance

par négligence (le personnel pénitentiaire n'étant pas en mesure de subvenir aux besoins de ce groupe de détenus) ou de victimisation, soit d'augmentation des coûts de 2 à 8 fois (4) tentant une adaptation / transformation des lieux de détention en lieux de soins (3). Il ressort d'une grande quantité de recherche criminologique que la grande majorité des contrevenants juvéniles ou jeunes adultes, s'abstiennent vers l'âge moyen et ceux qui continuent à commettre des actes délictueux, le font à des taux bas. En outre, moins de 5% d'entre eux commettent de nouveaux délits durant les trois premières années après leur libération (3).

Une analyse transversale descriptive des caractéristiques bio-psycho-sociales, spirituelles et carcérales d'un échantillon de 677 prisonniers âgés de 50+ ans, désigne comme à risque élevé de récidive les SDF, les souffrants de maladies physiques et/ou psychiques et les utilisateurs de substances lors des délits commis (4). Il en ressort que le risque de récidive peut s'atténuer à travers des programmes de réhabilitation / réintégration qui construisent des ponts entre le milieu carcéral et la communauté (4).

L'optimisation des politiques concernant la libération conditionnelle des détenus âgés, malades chroniques et en fin de vie pourrait décharger les établissements pénitenciers de la surpopulation des aînés (3).

Les besoins complexes et atypiques des détenus âgés souffrant de troubles psychiques ressortent des compétences de la psychiatrie gériatrique et la psychiatrie pénitentiaire, chacune des deux ne parvenant pas toute seule à y assouvir. La création des services tertiaires réunissant les compétences psycho-gériatriques et psychiatriques forensiques pourrait couvrir les lacunes actuelles dans la prise en soins de cette population fragile (1,8). Un tel dispositif pourra en outre favoriser les travaux de recherche qui demeurent à ce jour peu nombreux, en leur offrant du matériel d'observation plus homogène et systématisé.

Dr Konstantinos Kanakakis, constantin.kanakakis@gmail.com

Pr Panteleimon Giannakopoulos, Panteleimon.Giannakopoulos@hcuge.ch
Hôpitaux Universitaires de Genève
Département de Santé Mentale et de Psychiatrie
Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg

+ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ On note une augmentation considérable de la population âgée incarcérée dans bien des pays occidentaux
- ◆ Les emprisonnés âgés présentent une haute prévalence pour les maladies psychiatriques avec beaucoup de comorbidités physiques
- ◆ Les emprisonnés âgés avec de troubles cognitifs présentent une haute prévalence pour les délits sexuels
- ◆ La création de services tertiaires associant l'expertise de la psychiatrie de l'âge avancé et de la psychiatrie pénitentiaire pourrait répondre aux besoins accrus de la population étudiée dans cet article

Références :

1. Nnatu IO et al. Is there a need for elderly forensic psychiatric services? *Med Sci Law* 2005;45(2):154-60
2. Chua J et al. What are the characteristics of first time older sexual offenders? *Int Psychogeriatr* 2017 Nov 2;1-16. doi: 10.1017/S1041610217002186
3. Psick Z et al. Older and incarcerated: policy implications of aging prison populations. *Int J Prison Health* 2017;13(1):57-63. doi: 10.1108/IJPH-09-2016-0053
4. Maschi T et al. Bridging community and prison for older adults: invoking human rights and elder and intergenerational family justice. *Int J Prison Health* 2014;10(1):55-73. doi: 10.1108/IJPH-04-2013-0017
5. De Smet S et al. Older offenders deemed criminally irresponsible in Flanders (Belgium): Descriptive results from a retrospective case note study. *Int J Law Psychiatry* 2016;46:35-41. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.025
6. van Alphen SP et al. Antisocial personality disorder in older adults. A qualitative study of Dutch forensic psychiatrists and forensic psychologists. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(8):813-5
7. Lewis CF et al. A study of geriatric forensic evaluatees: who are the violent elderly? *J Am Acad Psychiatry Law* 2006;34(3):324-32
8. Tomar R et al. Is there a case for a specialist forensic psychiatry service for the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(1):51-6
9. Greve W et al. Fear of Crime in Old Age: A Sample Case of Resilience? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2017;Jan 2. pii: gbw169. doi: 10.1093/geronb/gbw169