

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/269871772>

# Perception de la qualité de vie en fonction de la période d'incarcération

Article in *Acta psychiatica Belgica* · January 2014

---

CITATIONS

3

4 authors, including:



Xavier Saloppé

Service psychiatrie Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux; Centre de recher...

133 PUBLICATIONS 421 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Marghem Benoît

4 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Thierry H. Pham

University of Mons

466 PUBLICATIONS 1,914 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

# PERCEPTION DE LA QUALITÉ DE VIE EN FONCTION DE LA PÉRIODE D'INCARCÉRATION<sup>1</sup>

PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE ACCORDING  
TO THE PERIOD OF IMPRISONMENT

Xavier Saloppé, Anne Hayot, Benoît Marghem, Thierry H. Pham

THE CONFINEMENT PRISON ONE AFFECTS THE PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE PRISONERS. IN ADDITION, CERTAIN STUDIES SHOW THAT THE PRISONERS REACT DIFFERENTLY ACCORDING TO THE PERIODS OF IMPRISONMENT. CONFRONTATION IN THE PRISON ENVIRONMENT, THE LOSS OF THE VARIOUS REFERENCE MARKS AND THE UNCERTAINTY WITH WHICH THE INDIVIDUAL IS CONFRONTED, AT THE TIME OF ITS ENTRY IN PRISON, ARE ELEMENTS WHICH CAN CAUSE AN IMPORTANT ANXIETY. AT THE TIME OF THE CENTRAL PERIOD, THE PRISONER WOULD SET UP VARIOUS STRATEGIES WHICH WOULD ENABLE HIM TO ADAPT TO THE ENVIRONMENT. THE RETURN TO THE EXTERNAL LIFE WOULD CAUSE A REACTIVATION OF THE LEVEL OF ANXIETY. FROM THIS REPORT, WE THUS POSE THE ASSUMPTION THAT THE PEOPLE BEING LOCATED IN CENTRAL PERIOD ESTIMATE TO HAVE A BETTER QUALITY OF LIFE AND A LESS HIGH LEVEL OF ANXIETY COMPARED TO PEOPLE IN INITIAL AND FINAL PERIOD. WE THUS EVALUATED THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE USING WHOQOL-BREF OF 49 PRISONERS RESULTING FROM THE PRISON OF NIVELLES WHICH ONE DISTRIBUTED IN THREE GROUPS RELATING TO THE PERIOD OF IMPRISONMENT (INITIAL, CENTRAL, FINAL). THE RESULTS SHOW THAT THE PEOPLE BEING LOCATED IN INITIAL PERIOD AND FINAL LESS BETTER PERCEIVE THEIR ENVIRONMENT COMPARED TO SUBJECTS IN CENTRAL PERIOD.

**Key-words :** Quality of life, Whoqol-bref, Prison, Periods of imprisonment

## INTRODUCTION

### LA PRISON : UN MILIEU DIFFICILE (LIEBLING, 2004 ; 2006)

Depuis longtemps, les professionnels de santé et les chercheurs ont mis en évidence certains effets psychologiques de l'incarcération. La prison est un espace qui peut être fait de privations sociales, sensorielles, intellectuelles et sexuelles ; de restrictions d'espace et d'intimité ainsi que d'obligations du fait de vivre dans un milieu où les règles sont imposées (Bernheim, 1982). Les détenus sont souvent témoins ou acteurs de scènes de brutalité, de violence et de stress (Tosh, 1982). Entre les prisonniers, il existe une certaine culture basée sur l'intimidation et la paranoïa (Van Marle, 2005) qui influence, par conséquent, leur rapport à autrui (Niveau, 2006). Les personnes présentant des signes de faiblesse sont rapidement repérées et prises pour cibles. Cette vulnérabilité peut être, notamment, induite ou majorée par le statut légal des individus (ex : infraction à caractère sexuel) et la présence de troubles mentaux (troubles mentaux majeurs, de personnalité ou des apprentissages) (Van Marle, 2005, 2007). Ces personnes vulnérables présentent généralement un risque de suicide élevé (World Health Organization, 2007; Blaauw et al. 2001 ; Liebling, 1992, 1999; Harvey, 2007). D'ailleurs, cette notion de vulnérabilité est reprise dans le modèle théorique du cheminement vers le suicide (Liebling,

1999) qui se caractérise par le fait que les pensées et le comportement suicidaires suivent un continuum englobant la vulnérabilité, le stress de l'emprisonnement et des déclencheurs situationnels, de façon interactive et dynamique (Harvey, Liebling, 2001). Selon, Harvey et Liebling (2001) « le niveau de vulnérabilité d'un individu dépend alors des ressources internes cognitives et émotionnelles, et des ressources externes dont il dispose ou non pour gérer le stress de l'incarcération ». Ces auteurs identifient un certain nombre de facteurs relatifs au bien être psychologique facilitant l'adaptation du détenu aux conditions de détention et réduisant ainsi le risque de suicide. Au contraire, les recherches empiriques mettent en évidence l'influence négative de l'emprisonnement sur la perception de la qualité de vie (World Health Organization, Health in Prisons Projects, 1999 ; Gullone, Jones et Cummins, 2000 ; Mooney et al. 2002). Selon l'OIP (2008), le suicide est très souvent corrélé à une politique sécuritaire très stricte. Cependant, il est très important de souligner que les détenus sont très préoccupés par leur sécurité. Il existe une association positive entre la « sécurité perçue » et la faible détresse psychologique au début d'incarcération (Harvey, 2007). Notons enfin qu'une diminution des tentatives de suicide apparaît dans les établissements pénitentiaires qui accordent de l'importance à la condition de vie ainsi qu'aux relations entre les détenus.

<sup>(1)</sup> Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaires Sociales et Egalité des Chances. Contact: xavier.saloppe@crds.be. CRDS, 94, rue Despars. (7500) Tournai. Belgique ([www.crds.be](http://www.crds.be)).

## PRISON : VARIATION DES EFFETS

Cependant, l'emprisonnement ne produit pas systématiquement une diminution du bien être psychologique des détenus (Zamble et Porporino, 1988 ; Bartol et Bartol, 1994). En réponse à l'incarcération, certaines personnes se détériorent, d'autres s'améliorent et d'autres encore ne montrent aucun changement (Bukstel et Kilmann, 1980). De plus, il serait inadéquat de faire de la prison une cause directe des troubles psychopathologiques présents chez les détenus. Au regard des différences interindividuelles relatives à l'impact des conditions carcérales, la détention est plutôt à considérer comme un « révélateur » de certains troubles psychopathologiques, tels que la schizophrénie ou des troubles affectifs majeurs, préexistants à l'incarcération (Archer, 2000 ; Bernheim, 1982 ; Bukstel et al., 1980 ; Canetti, 2003 ; David, 1993 ; Deheurles et Montmayeur, 2004 ; Gibbs, 1987 ; Goethals, 1980 ; Bénézech et al. 2002). Par contre, la mise en détention et le stress qui en résulte peut être à l'origine de réactions émotionnelles telles que de la tristesse, de la peur et de l'anxiété (Liebling, 2004 ; Gibbs, 1987 ; Haney et al. 1973) vives accompagnées parfois d'actes auto ou hétéro-agressifs.

## PRISON : RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES ET MOMENTS D'APPARITION

Il semble que ces réactions émotionnelles n'apparaissent pas de manière continue pendant l'enfermement. En effet, la variation des réactions psychologiques en fonction de la période d'incarcération prend la forme d'une courbe en U avec des réactions émotionnelles fortes en début et en fin d'incarcération (Wheeler, 1961 ; Gibbs, 1987 ; Bukstel et al., 1980 ; Bartol et al., 1994).

Lors de la période initiale, le rythme de la vie et des activités quotidiennes est suspendu voire arrêté pour la personne incarcérée. La période d'emprisonnement est identifiée comme une période d'intense vulnérabilité au suicide et aux automutilations (Harvey, 2007 ; Liebling, 1999 ; Baron-Laforêt, 1994 ; Carrière, 2005 ; Morron, 2004). On parle souvent de « choc carcéral » (Lhuillier et Lemiszewska, 2001 ; Gibbs, 1987). L'incarcération induit de l'incertitude, une perte de liberté et d'autonomie, une perte du soutien familial et social ; le détenu perd ses repères spatio-temporels et affectifs (Deheurles-Montmayeur, 2004 ; Manzanera et Senon, 2004).

Durant la période centrale, l'anxiété, le stress et la tristesse sont habituellement plus faibles avec la mise en place d'une certaine résignation. Au fur et à mesure, le détenu perd l'intérêt pour le monde extérieur, considère la prison comme son lieu de vie, perd la capacité de prendre des décisions, et se plie aux règles institutionnelles. Les individus ont une représentation statique du temps, le quotidien est monotone, répétitif et stigmatisé (Herzog-Evans, 1997). Cette adaptation aux conditions de vie carcérales est appelée processus d'« institutionnalisation » ou encore de « prisonnierisation » (Bartol et al., 1994 ; Gibbs, 1984 ; Landau, 1976 ; Gaboraud et Khan, 2005 ; Le Sage De La Haie, 1997).

Lors de la période finale, la détresse psychologique augmente à la fin de la peine, avec une recrudescence de l'anxiété, de l'agitation et de l'insomnie (MacKensie et Goodstein, 1985 ; Bartol et al., 1994). Ces réactions reflètent probablement un sentiment d'inquiétude quant à sa capacité de pouvoir s'ajuster au monde extérieur après s'être adapté aux conditions de vie carcérales.

Nous savons que les détenus perçoivent négativement leur qualité de vie et que leur vécu émotionnel varie selon la forme d'une courbe en U en fonction de la période d'incarcération. Mais nous ne savons rien des liens entre la qualité de vie perçue et la période d'incarcération. Dans cette recherche, nous souhaitons donc vérifier la fluctuation significative des scores de qualité de vie en fonction des périodes d'incarcération. Les recherches mettant en évidence que le niveau d'anxiété suit la forme d'une courbe en U avec une anxiété majeure en début et en fin d'emprisonnement, et une anxiété moindre en milieu d'incarcération (Bukstel et al., 1980 ; Bartol et al., 1994) et les recherches montrant l'existence d'une relation négative entre la qualité de vie perçue et l'anxiété (Quilty et al., 2003; Koran, 2000 ; Safran et al. 1996-1997; Weissman, 1991), nous amènent à poser l'hypothèse selon laquelle la perception de la qualité de vie suit une courbe en U inversé : une moins bonne qualité de vie perçue en début et en fin d'emprisonnement et une amélioration en milieu d'incarcération.

## MÉTHODOLOGIE

### 1 / PRISON

Notre échantillon se situe à l'établissement pénitentiaire de Nivelles. Cette prison se compose à la fois d'une maison d'arrêt où sont incarcérées les personnes détenues en application de la loi sur la détention préventive et d'une maison pour peines où séjournent les personnes qui ont été condamnées à une peine ou à une mesure privative de liberté. Destinée aux hommes uniquement, cette prison abrite à la fois une maison d'arrêt et une maison pour peines. Elle héberge des prévenus, des détenus en attente d'une décision judiciaire et des condamnés. Comme nous l'avons vu plus haut, la prison de Nivelles a une capacité d'accueil de 202 personnes. Aujourd'hui, elle se compose de 230 détenus, dont 7 détenus en détention limitée et 15 détenus en surveillance électronique. Nous pouvons donc observer qu'il n'y a presque pas de surpopulation dans cet établissement. Néanmoins, il est important de préciser que la population carcérale fluctue tout au long de l'année et par conséquent, la situation est alors susceptible de changer à tout moment.

### 2 / PARTICIPANTS

Les participants sont répartis au sein de groupes définis selon la variable période d'incarcération qui comporte trois modalités. Pour déterminer ces trois périodes, nous nous sommes basés sur l'hypothèse de Wheeler (1961) selon laquelle l'incarcération d'un détenu comprend trois grandes périodes : la période

initiale qui équivaut aux six premiers mois de l'incarcération, la période centrale qui débute après le sixième mois d'incarcération et se produit jusqu'au sixième mois précédent la libération prévue, et la période terminale qui comprend les six derniers mois avant la libération.

Quarante neuf détenus ont accepté de participer à notre recherche. Les détenus sont répartis en trois groupes : le groupe « Période initiale » (N=17 ; 6 premiers mois d'incarcération) ; le groupe « Période centrale » (N=17 ; > 6 premiers mois d'incarcération et < 6 mois avant la libération) et le groupe « Période finale » (N=15 ; 6 derniers mois avant la libération).

La moyenne d'âge de la population est de 35 ans ( $SD = 11.12$ , étendue= 12.53-60.28). La durée moyenne d'incarcération est de 143 semaines ( $SD = 145.57$ , étendue= 1-673.09). Par défaut de normalité des distributions pour les variables « âge » et « durée d'incarcération », nous avons utilisé la statistique de Kruskal Wallis pour effectuer les analyses. Les trois groupes se différencient selon l'âge et la durée d'incarcération ( $X^2 = 20.66$ ,  $p < .001$  ;  $X^2 = 32.65$ ,  $p < .001$ ) (Tableau 1). Les détenus se situant en période initiale sont plus jeunes que les détenus se situant en période centrale et finale et présente une durée d'incarcération moindre. Toutefois, l'analyse de corrélation montre qu'il n'existe pas de relation entre les scores totaux au Whoqol-Bref et les variables « âge » et « durée d'incarcération ». (Respectivement :  $r = .049$  ;  $r = .189$ ).

Les groupes ne se différencient pas en fonction du score total de désirabilité sociale et du score total de l'échelle Anxiété-trait. Par contre, le score total de l'échelle anxiété-état varie significativement entre les trois groupes (Tableau 2) ( $X^2 = 9.92$ ,  $p = .007$ ). Les scores de l'échelle anxiété-état suivent la forme d'une courbe en U. En effet, l'anxiété est plus intense en début et en fin d'incarcération et moins intense lors de la période centrale. Cependant, seule la différence entre la période centrale et la période initiale s'avère significative ( $U = 55.00$ ,  $p = .002$ ).

Au sein de notre échantillon, nous pouvons constater que 40.8 % des personnes sont incarcérées pour la première fois et 59.2 % ont déjà été incarcérées sur base du dossier carcéral. Nous pouvons remarquer que 24.5 % de la population a commis un délit, 38.8 % deux délits et 36.8 % plus de deux délits. Nous pouvons remarquer que 65.3 % des participants ont commis un délit violent et 34.7 % un délit non violent. Les infractions pour vol simple sont les plus représentées dans notre population (46.9%). Suivent ensuite les délit de vol avec violence (40.8%), de stupéfiant (40.8%), port d'armes prohibées (32.7%), homicide ou tentative d'homicide (22.4%), fraude (16.3%), coups et blessures volontaires (14.3%), obstruction/rébellion (14.3%) et recel (14.3%). Finalement, la pyromanie, le kidnapping, la séquestration ainsi que l'évasion sont des délits qui apparaissent dans une proportion plus faible. Les délits sexuels ne sont pas considérés dans l'étude suite à une interdiction d'accès promulguée par la direction de l'établissement pénitencier.

Nous observons que 71.4 % de notre population présente au moins un trouble mental (Tableau 3). Les troubles addictifs sont

les plus représentés (38.8, N=19), viennent ensuite les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (22.4, N=11), et enfin les troubles psychotiques (10.2, N=5). Les participants présentent un trouble au niveau de l'axe I dans 22,4% des cas et 49 % deux troubles et plus. L'absence de trouble mental est observée chez 28.6 % de la population. La prévalence du trouble de la personnalité antisociale est de 42.9% (N=21). Les trois groupes relatifs à la période d'incarcération se différencient significativement au niveau des troubles addictifs et de la personnalité antisociale ( $X^2 = 16.33$  ;  $p < .001$ ;  $X^2 = 10.12$  ;  $p = .006$ ). Les personnes en période initiale présentent souvent un trouble addictif comparativement aux personnes en période centrale et finale ( $X^2 = 14.43$ ,  $p < .001$  ;  $X^2 = 7.94$ ,  $p = .005$ ).

Les personnes en période finale présentent plus fréquemment un trouble de personnalité antisociale comparativement aux personnes en période initiale ( $X^2 = 10.04$ ,  $p = .002$ ).

### 3/ INSTRUMENTS

#### 3.1/ World Health Organization Quality Of Life-brief (WHOQOL-Bref, WHOQOL Group, 2000 ; Harper et Power, 1998 ; Leplège et al., 2000)

Le WHOQOL-Bref, version abrégée en 26 items du WHO-QOL-100, est un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnel élaboré dans une perspective transculturelle. Il contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100 (Table 3). Il évalue

quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : a) la santé physique, b) la santé psychologique, c) les relations sociales et d) l'environnement. Le WHO-QOL-Bref possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout-Extrêmement), la capacité (Pas du tout-Complètement), la fréquence (Jamais-Toujours) et l'évaluation (Très insatisfait/Très mauvais-Très satisfait/Très bon) variable en fonction des items posés. Il a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer. Par conséquent, il peut être adressé à une population dont les facultés intellectuelles et la capacité à maintenir une attention soutenue sont souvent limitées. Il évalue de façon adéquate la qualité de vie dans un large échantillon de pays (Australie, Croatie, Espagne, France, Grande-Bretagne, Inde, Israël, Japon, Pays-bas, Panama, Thaïlande, Russie, Etats-Unis et Zimbabwe).

Le WHOQOL-Bref a été validé sur un échantillon de 120 patients internés en Défense Sociale (Saloppé et Pham, 2006). Les auteurs mettent en évidence les qualités métrologiques satisfaisantes du WHOQOL-Bref pour être implanté dans l'évaluation des patients internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire. Le WHOQOL-Bref est bien accepté par la population de Défense Sociale. La fiabilité est acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach toujours supérieur à .77. Les validités divergente

**Tableau 1. Description des variables âge et durée d'incarcération.**

	Age			Durée d'incarcération (sem)		
	M	SD	Min-Max	M	SD	Min-Max
<b>Période initiale</b>	26.13	6.80	12.53-44.26	9.39	5.45	1.80-23.16
<b>Période centrale</b>	40.14	10.69	22.60-59.74	211.73	122.30	36.47-424.32
<b>Période finale</b>	40.21	9.14	30.02-60.28	216.47	149.35	40.63-673.09

**Tableau 2. Scores à l'échelle de Spielberger en fonction de la période d'incarcération**

Anxiété	Inventaire d'anxiété de Spielberger					
	Trait			Etat		
	M	SD	Min-Max	M	SD	Min-Max
<b>Période initiale (N= 17)</b>	45,94	11,40	24-67	48,24	13,01	29-77
<b>Période centrale (N= 17)</b>	41,06	9,30	28-59	33,82	12,90	21-65
<b>Période finale (N= 15)</b>	41,13	13,90	23-70	38,00	16,20	20-68

**Tableau 3. Prévalence diagnostique (Axe I) selon la période d'incarcération.**

Problèmes mentaux Période d'incarcération	Problèmes de l'humeur		Problèmes psychotiques		Problèmes addictifs		Problèmes anxieux		Problèmes de la personnalité antisociale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Période initiale (N= 17)</b>	5	29.4	1	5.9	13	76.5	4	23.5	3	17.6
<b>Période centrale (N= 17)</b>	3	17.6	2	11.8	2	11.8	3	17.6	7	41.2
<b>Période finale (N= 15)</b>	3	20.0	2	13.3	4	26.7	4	26.7	11	73.3

et convergente s'avèrent satisfaisantes. En effet, les corrélations entre les scores aux différentes questions et leur domaine respectif sont généralement supérieures à .45 et significativement plus fortes qu'avec les autres domaines. La variation des scores en fonction des pavillons montre une sensibilité de l'instrument appréciable. Ce présent article affinera la sensibilité du WHOQOL-Bref en fonction des troubles mentaux présentés par les patients.

Cependant, le WHOQOL Group reconnaît que, dans le cadre de l'évaluation de maladies spécifiques, il est nécessaire de compléter le WHOQOL-Bref par des modules spécifiques propres aux caractéristiques liées à la pathologie en question. Au regard des objectifs de la présente recherche, il convient d'utiliser davantage ce type de questionnaire dans la mesure où la prévalence et la comorbidité diagnostique sont importantes dans notre échantillon.

### **3.2/ L'inventaire d'anxiété de Spielberger (Spielberger et al., 1983)**

Développé par Spielberger et ses collaborateurs à l'université de Floride du Sud (Tampa, USA) à partir de 1969, l'inventaire d'anxiété trait-état a été publié sous sa forme initiale (forme X) en 1970 (Spielberger et al., 1970). Une révision importante de cette forme X a débuté en 1970 et a été publiée en 1983 (forme Y) (Spielberger, 1983).

L'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y) est considéré comme le test psychométrique le plus populaire pour mesurer l'anxiété. Cet inventaire est composé de deux parties distinctes de 20 énoncés chacune. L'échelle d'anxiété situationnelle évalue l'état émotionnel actuel du sujet c'est-à-dire comment l'individu se sent maintenant, à ce moment-ci, en terme d'appréhension, de tension, de nervosité ou d'inquiétudes. L'échelle de trait d'anxiété permet d'évaluer l'état émotionnel habituel du sujet.

Chaque item de l'inventaire d'anxiété trait-état est évalué de 1 à 4, selon son intensité en ce qui concerne l'anxiété-état (non = 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4) et en fonction de sa fréquence en ce qui concerne l'anxiété-trait (presque jamais = 1, parfois = 2, souvent = 3, presque toujours = 4).

Les qualités psychométriques de la version française ont été établies par Bruchon, Schweitzer et Paulhan en 1993. La consistance interne du STAI Y est un peu plus marquée pour l'échelle d'anxiété trait (.82) que pour l'échelle d'anxiété état (.77), néanmoins, elle se révèle globalement satisfaisante. Le coefficient de fidélité test-retest obtenu pour les scores d'anxiété état est de .71 et il est de .85 pour l'anxiété trait. Les coefficients de fidélité test-retest sont plus élevés pour l'anxiété trait (.86) que pour l'anxiété état (.60), ce qui se conçoit puisque cette seconde dimension est affectée par les facteurs situationnels momentanés et notamment par les contextes stressants. La validité de construit de l'échelle d'anxiété trait-état a été démontrée dans différentes populations et dans une multitude de situations anxiogènes. Les échelles d'anxiété état-trait présentent une corrélation qui varie de .51 à .76 pour les sujets soumis à une situation non stressante et de .25 à .62 pour les personnes soumises à une situation de stress.

### **3.3/ Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et Lecrubier, 1998)**

Le MINI est un entretien diagnostique structuré explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV. Le MINI est divisé en différents modules : épisode dépressif majeur, épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques, dysthymie, risque suicidaire, épisode (hypo) maniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, alcool (dépendance/abus), drogue (dépendance/abus), troubles psychotiques, anorexie mentale, boulimie, anxiété généralisée, trouble de la personnalité antisociale.

Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes ; des questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces quelques questions s'avèrent positives, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné. Les réponses sont dichotomiques (oui/non).

Lecrubier et ses collaborateurs (1997) ont étudié les propriétés psychométriques de la MINI en la comparant au CIDI. La concordance entre ces deux outils quant aux diagnostics s'avère relativement bonne (de 87 à 97%). La fidélité test-retest ainsi que la sensibilité sont bonnes également. Sheehan et ses collègues (1997) ont mesuré la validité concourante du MINI par comparaison avec le SCID (Structured Clinical Interview for Disorders). Ils confirment l'existence de bonnes concordances (de 87 à 99%).

### **3.4/ Echelle de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960)**

La « Marlowe Crowne Social Desirability » évalue la désira-

bilité sociale, c'est-à-dire la capacité des personnes à pouvoir répondre aux questions en fonction de leur réalité sans avoir tendance à les modifier de manière à ce qu'elles soient plus acceptables socialement. En psychologie, le concept de désirabilité sociale désigne le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce mécanisme psychologique peut s'exercer de façon implicite, sans qu'on ait conscience, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres.

Une façon de mesurer cette différence individuelle est de présenter une série d'émotions ou de comportements qui sont peu désirables socialement mais que la grande majorité des personnes émettent ou vivent de temps en temps. Devant ces comportements ou émotions peu désirables, les personnes très influencées par la désirabilité sociale sont plus hésitantes à avouer avoir émis ce genre de comportements ou avoir vécu ce genre d'émotions. Ces personnes obtiennent ainsi un score plus élevé à cette échelle en comparaison des personnes qui ne sont pas influencées par le phénomène de la désirabilité sociale. Un score élevé représente donc une grande susceptibilité à être influencé par la désirabilité sociale.

Le Marlowe-Crowne Social Desirability Scale consiste en un questionnaire de 33 items, à coter selon que le sujet les considère vrais ou faux. Parmi ces 33 items, 18 sont orientés positivement et 13 sont orientés négativement, ce qui rend la compréhension des items plus difficile pour le sujet. Chaque énoncé de l'échelle de désirabilité sociale est évalué de 0 à 1 (vrai = 1, faux = 0). Nous devons tenir compte des items qui préconisent une inversion car en effet, certains d'entre eux fonctionnent de manière à diminuer le score global de la désirabilité sociale.

Pour notre version, nous avons utilisé la version française traduite par Pham (1998). Concernant les qualités psychométriques de l'instrument, Crowne et Marlowe (1960) indiquent un coefficient de consistance interne de .88 et une corrélation de .89 pour la mesure test-retest. La fidélité a été calculée à l'aide de la formule de Kuder-Richardson et est de .89.

## **4/ PROCÉDURE**

Pour déterminer notre premier groupe « Période initiale », nous avons sélectionné les détenus incarcérés depuis une période inférieure à six mois. En ce qui concerne le groupe « Période centrale », nous avons choisi les personnes incarcérées depuis plus de six mois et n'étant pas admissibles à la libération conditionnelle. Pour la faisabilité de notre recherche, nous n'avons pas pu déterminer le groupe « Période finale » de la même façon que Weehler (1961). En effet, cet auteur spécifie que la période finale correspond aux six derniers mois avant la libération. Or, il existe, en Belgique, une loi permettant aux détenus d'obtenir une libération conditionnelle<sup>2</sup>. Cette dernière s'effectue avant leur libération définitive. Les détenus connaissent la date à par-

2 La libération conditionnelle est une manière de subir la peine en dehors de la prison moyennant le respect des conditions imposées pendant un délai déterminé.

tir de laquelle ils peuvent être libérables conditionnellement. A partir de cette date, ils vont pouvoir introduire une demande de libération conditionnelle. Cette demande sera examinée par le Tribunal de l'application des peines (TAP) qui prendra une décision. Dès lors, nous ne connaissons pas la date précise de leur sortie. Nous avons donc sélectionné les participants de ce dernier groupe sur base de leur admissibilité à la libération conditionnelle. Tous les individus peuvent bénéficier de permissions (déterminées dans le temps) de sortir à l'extérieur et de congés pénitentiaires.

Après avoir explicité aux détenus les conditions de cette recherche anonymisée et avoir recueilli leur consentement, nous les avons rencontré individuellement à deux reprises, de manière à ce qu'ils répondent aux questionnaires d'auto-évaluation, lors du premier entretien, en commençant par le WHOQOL-Bref, l'échelle d'anxiété de Spielberger, l'échelle de désirabilité sociale et en terminant, lors du second entretien, par l'entretien structuré (le Mini International Neuropsychiatric Interview).

## 5/ ANALYSES DES DONNÉES

Après avoir vérifié l'homogénéité (Test de Levene) et la normalité de notre distribution (Test de Shapiro-Wilk), nous avons utilisé une analyse de variance univariée 3x1 pour vérifier l'effet de la période d'incarcération sur la qualité de vie globale : Période (initiale, centrale, terminale) X Qualité de vie (qualité de vie globale). Une analyse de variance multivariée (MANOVA) 3x4 : Période (initiale, centrale, terminale) X Qualité de vie (santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement) a été utilisée pour les quatre sous facteurs. Cette dernière examine s'il y a des effets principaux et d'interaction des facteurs sur l'ensemble des variables. Lors de ces analyses, nous avons contrôlé le score total à l'échelle d'anxiété état et trait. En effet, à travers une analyse de corrélation, nous avons observé que l'anxiété état et trait étaient corrélées significativement à la qualité de vie globale ainsi qu'aux quatre domaines qui la composent. Pour approfondir les analyses, nous avons effectué une analyse de variance univariée 3x1 pour vérifier l'effet de la période d'incarcération sur les huit items du domaine « Envi-

ronnement » du Whoqol-bref.

Nous avons pris en compte le seuil de signification calculé d'après la correction de Bonferroni afin de limiter le risque d'erreur de type I d'évaluation des résultats expérimentaux. Par conséquent, le seuil de significativité a été sélectionné à  $p < .05$  pour la qualité de vie globale et à  $p = .10/4 = .025$  pour les quatre sous facteurs car quatre comparaisons relatives aux quatre facteurs du WHOQOL-Bref ont été effectuées. Le seuil est fixé à  $p = .10/8 = .0125$  pour les comparaisons sur les huit items du domaine « Environnement ».

Les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS 16.0 pour PC (2007).

## RÉSULTATS

### Analyse descriptive des scores au WHOQOL-Bref

Les participants estiment avoir une qualité de vie supérieure à 50 avec un score total au WHOQOL-Bref proche de 60 sur 100 (Tableau 4). Les comparaisons entre les domaines du WHOQOL-Bref suggèrent que les participants estiment avoir une meilleure santé physique comparativement à la perception qu'ils ont de leur santé psychologique ( $t=4.67$ ,  $p<.0001$ ), de leur environnement ( $t=6.72$ ,  $p<.0001$ ) et de leurs relations sociales ( $t=8.08$ ,  $p<.0001$ ). Ils estiment également avoir une meilleure santé psychologique comparativement à la perception qu'ils ont de leurs relations sociales ( $t=3.19$ ,  $p<.0001$ ).

### Qualité de vie perçue et période d'incarcération

Les scores à l'échelle d'anxiété état-trait ont été contrôlés car ils sont corrélés significativement, et ce de manière négative, à la qualité de vie globale ainsi qu'aux quatre facteurs qui la composent (Tableau 5).

Les détenus se situant en période initiale et terminale obtiennent des scores peu élevés pour le domaine environnemental comparativement aux détenus appartenant à la période centrale qui obtiennent des scores beaucoup plus élevés (Tableau 6). En

**Tableau 4. Données descriptives des scores au WHOQOL-Bref lors de la première passation (N=49).**

WHOQOL - bref	Santé physique (0 - 100)	Santé psychologique (0 - 100)	Relation sociale (0 - 100)	Environnement (0 - 100)	Score total (0 - 100)
<b>Nombre d'items</b>	7	6	3	8	26
<b>Score moyen</b>	69.68	55.78	44.56	49.68	57.11
<b>Ecart type</b>	16.32	19.19	20.80	17.02	12.37
<b>Min-Max</b>	21.43- 100	8.33 - 100	.00 - 83.33	15.63 - 87.50	29.59 -84.13

**Tableau 5. Corrélation entre scores à la STAI et à la WHOQOL-bref.**

<b>WHOQOLbref STAI</b>	<b>Santé physique (0 – 100)</b>	<b>Santé psychologique (0 – 100)</b>	<b>Relation sociale (0 -100)</b>	<b>Environnement (0 -100)</b>	<b>Score total (0 -100)</b>
<b>Etat</b>	-.36*	-.49**	-.21	-.36*	-.51**
<b>Trait</b>	-.12	-.49**	-.30*	-.21	-.37**

**Tableau 6. Analyse des scores obtenus au WHOQOL-Bref en fonction des trois périodes d'incarcération.**

<b>Périodes d'incarcération Whoqol-bref</b>	<b>Initiale</b>			<b>Centrale</b>			<b>Finale</b>		
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Santé physique</b>	68.27	14.55	46.43-96.43	71.64	19.82	35.7-89.29	69.05	14.64	21.43-100.00
<b>Santé psychologique</b>	51.71	19.43	37.50-87.50	59.80	15.99	20.83-100.00	55.83	22.31	8.33-100.00
<b>Relation sociale</b>	44.61	18.15	8.33-75.00	46.08	21.67	16.67-83.33	42.78	23.75	0.00-75.00
<b>Environnement</b>	40.62	12.20	21.88-62.50	65.26	10.41	43.75-87.50	42.29	15.71	15.62-68.75
<b>Qualité de vie globale</b>	54.05	10.22	29.59-69.32	63.50	11.19	41.42-84.13	53.32	13.63	30.28-79.81

**Tableau 7. Analyse des scores obtenus aux items relatifs au domaine « Environnement » du WHOQOL-Bref en fonction des trois périodes d'incarcération.**

<b>Périodes d'incarcération Whoqol-bref</b>	<b>Initiale</b>			<b>Centrale</b>			<b>Finale</b>		
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Item 8</b>	2.00	1.00	1-4	4.12	0.99	2-5	3.27	1.39	1-5
<b>Item 13</b>	2.29	1.10	1-4	2.94	1.30	1-5	1.47	1.06	1-4
<b>Item 14</b>	1.88	1.45	1-5	3.71	1.05	2-5	2.80	1.26	1-5

effet, nous remarquons qu'il existe une différence significative entre les trois groupes concernant le domaine environnemental ( $F(2,44)=15.14$  ;  $p < .001$ ). Par conséquent, nous constatons que la période d'incarcération influence la perception quant au domaine environnemental. Par contre, les trois groupes ne diffèrent pas significativement quant à la perception de la qualité de vie globale, à la santé physique, psychologique et aux relations sociales. Les comparaisons post-hoc deux à deux montrent des différences significatives entre les scores, au domaine environnemental, en période initiale et centrale et finale et centrale. Les scores de qualité de vie suivent donc la forme d'une courbe en U inversé au niveau du domaine environnemental.

Les comparaisons sur les items constitutifs du domaine « Environnement » selon les trois groupes relatifs à la période d'incarcération montrent des différences significatives pour les items « Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ? » (Item 8 ;  $F(2,44)=10.55$  ;  $p < .001$ ), « Avez-vous le sentiment d'être assez informé(e) pour faire face à la vie de tous les jours ? » (Item 13 ;  $F(2,44)=5.95$ ;  $p=.005$ ), « Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ? » (Item 14 ;  $F(2,44)=6.54$ ;  $p=.003$ ) (Tableau 7).

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception de la qualité de vie et le niveau d'anxiété en fonction de la période d'incarcération. Pour rappel, la période initiale équivaut aux six premiers mois d'incarcération, la période centrale débute après le sixième mois d'incarcération et se produit jusqu'au sixième mois précédent la libération. La période terminale débute lors de l'admissibilité à la libération conditionnelle. Lors de cette dernière période, les détenus bénéficient de congés pénitentiaires. De nombreuses recherches ont montré l'influence négative du milieu carcéral sur la perception de la qualité de vie (World Health Organization, Health in Prisons Projects, 1999 ; Gullone et al., 2000; Mooney et al., 2002). Or, nous avons vu que le vécu émotionnel variait selon la forme d'une courbe en U en fonction de la période d'incarcération (Wheeler, 1961 ; Gibbs, 1987 ; Bukstel et al., 1980 ; Bartol et al., 1994). Mais, à notre connaissance, aucune étude n'a permis d'observer la variation de la perception de la qualité de vie en fonction de ces trois périodes. A l'instar des liens existants entre l'anxiété et la qualité de vie perçue (Quilty et al., 2003; Koran, 2000 ; Safren et al., 1996-1997; Weissman, 1991), nous avons posé l'hypothèse selon laquelle la perception de la qualité de vie suit une courbe en U inversé : une moins bonne qualité de vie perçue en début et en fin d'emprisonnement et une amélioration en milieu d'incarcération.

De manière générale, comparativement aux deux autres études effectuées auprès de populations carcérales irlandaises (Mooney et al., 2002 ; World Health Organization, Health in Prisons Projects, 1999), les résultats montrent que les individus de notre échantillon perçoivent leur qualité de vie globale et dans chaque domaine de manière plus négative.

Les résultats confirment la présence de corrélations négatives entre les scores à l'échelle d'anxiété et les scores à l'échelle de qualité de vie. Le score total de l'échelle anxiété-état varie significativement entre les trois groupes. En effet, l'anxiété est plus intense en début et en fin d'incarcération et moins intense lors de la période centrale. Les scores de l'échelle anxiété-état suivent donc la forme d'une courbe en U (Wheeler, 1961 ; Gibbs, 1987 ; Bukstel et al., 1980 ; Bartol et al., 1994). Lors de la période initiale, la personne présenterait donc un niveau d'anxiété élevé. La confrontation au milieu carcéral, la perte des différents repères et l'incertitude à laquelle l'individu est confronté sont des éléments qui peuvent susciter une anxiété importante. (Cornelisse-Saigre, 1997 ; Deheurles-Montmayeur, 2005 ; Van Lacken et al., 2003). De plus, le milieu carcéral est décrit par plusieurs auteurs comme étant un milieu anxiogène (Gibbs, 1987 ; Manzanera et al., 2004). Lors de la période centrale, il y aurait une diminution des symptômes anxieux (Gibbs, 1987). Etant condamné, le détenu mettrait en place diverses stratégies qui lui permettraient de s'adapter au milieu. Lors de la période terminale, il y aurait une certaine réactivation du niveau d'anxiété (Gibbs, 1987). En effet, le retour à la vie extérieure n'est pas une chose facile notamment pour les personnes qui ont été incarcérées durant une longue période. Cependant, nos résultats

ne confirment que partiellement ces données de la littérature dans le sens où seule la différence entre la période centrale et la période initiale s'avère significative. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes qui se situent en période terminale sont admissibles à la libération conditionnelle sans pour autant sortir définitivement dans les plus brefs délais.

Après avoir contrôlé la variable « anxiété », nous avons observé que les détenus se situant en période initiale et terminale obtiennent des scores peu élevés pour le domaine environnemental du Whoqol-bref comparativement aux détenus appartenant à la période centrale qui obtiennent des scores beaucoup plus élevés. Cette différence est significative et valide en partie notre hypothèse selon laquelle les scores de qualité de vie suivent la forme d'une courbe en U inversé au niveau du domaine environnemental. En partie, car les trois groupes ne diffèrent pas significativement quant à la perception de la qualité de vie globale, de la santé physique, psychologique et des relations sociales. Les individus des trois groupes estiment avoir une qualité de vie globale moyenne. Ils obtiennent des scores plus élevés pour le domaine physique et psychologique. Les scores obtenus pour les relations sociales sont faibles. Les comparaisons sur les items constitutifs du domaine « Environnement » selon les trois groupes relatifs à la période d'incarcération montrent des différences significatives pour les items « Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ? » (Item 8), « Avez-vous le sentiment d'être assez informé(e) pour faire face à la vie de tous les jours ? » (Item 13), « Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ? » (Item 14).

Nos résultats viennent donc, en partie, corroborer les données de la littérature. Lors de l'entrée en prison, les détenus subissent une rupture des liens familiaux, sociaux et professionnels. Face à cette situation de doute et d'incertitude sur leur avenir et d'attente de leur présent, la perception de la qualité de vie de ses personnes s'en voit atteinte. Lors de la période centrale, les détenus développeraient des stratégies d'adaptation permettant au détenu d'accepter son emprisonnement et les conséquences qui en découlent (Gaboraud et al., 2005 ; Landau, 1976 ; Bernheim, 1982). L'amélioration de la qualité de vie peut se faire en harmonie avec l'efficience des stratégies d'adaptation. Finalement, lors de la période terminale, il y aurait pour certains détenus, un désinvestissement du milieu carcéral pour pouvoir se réadapter à l'extérieur (Auvert, 2003). Pour d'autres, il y aurait une réactivation de l'angoisse, la peur de la libération, du regard de l'autre. L'affaiblissement de la qualité de vie en cette période serait probablement une étape nécessaire lors du parcours judiciaire. En effet, il pourrait faciliter le réinvestissement de la vie extérieure et rebouter le retour de certaines personnes.

Pour l'avenir, il serait souhaitable d'évaluer la qualité de vie dans d'autres Etablissements Pénitentiaires car il existerait probablement des différences au niveau de la perception de la qualité de vie en fonction des caractéristiques propres à chaque prison. Certaines prisons présentent une surpopulation importante. Pour Moch et Maramotti (1995), la surpopulation engendre

diverses conséquences (promiscuité, insécurité, agressivité, etc.) qui dégradent la qualité de vie des personnes. De plus, le régime de la prison (fermé, semi-ouvert, ouvert) est aussi un paramètre à prendre en considération car ce dernier aurait certainement un impact quant à la perception de la qualité de vie.

A l'instar des travaux de Bouman et al. (2008) et de Chung et al. (1998), il serait également pertinent d'évaluer la qualité de vie des personnes incarcérées après leur incarcération. Dans ce sens, nous pourrions comparer la qualité de vie pendant et après la détention. Ces données nous apporteraient des informations quant à la perception de la qualité de vie dans deux milieux complètement différents. Cela nous permettrait également d'observer quel serait l'impact de l'enfermement sur la perception de la qualité de vie de la personne libérée.

Dans le même ordre d'idée, il nous paraît nécessaire d'évaluer de manière longitudinale les détenus tout au long de leur incarcération. En effet, les résultats de cette présente recherche, basés sur des analyses de comparaison de groupe, ne nous renseignent pas sur les variations de la perception de la qualité de vie au cours de l'incarcération chez un même individu.

A l'instar de l'étude portant sur un établissement de défense sociale (Saloppé et Pham, 2007), il serait opportun d'évaluer l'incidence des troubles mentaux majeurs et de la personnalité sur la perception de la qualité de vie. D'autres variables propres au projet thérapeutique, médicamenteux ou social devraient être considérées. Plusieurs auteurs (Dazord et al., 1995 ; Dazord et al., 1998) ont mis en évidence une amélioration significative de la qualité de vie suite à l'introduction d'un traitement médicamenteux. Lors de leur recherche, Grégoire et al. (1995) ont constaté 8 semaines après leur première rencontre avec les patients, une amélioration significative de leur état dépressif ainsi que de leur qualité de vie suite à un traitement antidépresseur. Bobes et Garcia-Portilla (2006) montrent que la combinaison

des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques améliore significativement la qualité de vie. D'autres auteurs (Berger et al., 1998) prétendent que l'inclusion d'un projet socio-éducatif améliore la qualité de vie de la personne. Pour Chambon et al. (1993), les programmes de réadaptation sociale favoriseraient une amélioration de la qualité de vie. Ces études nous amènent à penser que l'introduction de tels projets au sein du milieu carcéral favoriserait probablement une amélioration de la perception de la qualité de vie et dans ce sens, nous pouvons croire que la réadaptation sociale se ferait certainement avec plus de facilité.

Enfin, il nous paraît également nécessaire de tenir compte du lien que les détenus maintiennent avec leur famille car comme le souligne Schuessler et Fisher (1985) : « la qualité de vie est très dépendante des relations interpersonnelles au niveau de l'entourage immédiat du patient ».

Si l'hôpital sécuritaire ne peut être comparé en tout point à un environnement carcéral, nous ne pouvons pas dire que l'hôpital sécuritaire se rapproche en tout point d'un hôpital psychiatrique général. De fait, en plus de la mesure du WHOQOL-bref, l'utilisation de mesure de qualité de vie spécifique au milieu carcéral permettrait d'évaluer des domaines de qualité de vie particulièrement touchés dans un environnement sécuritaire. Deux instruments pourraient ainsi être introduits dans une prochaine recherche : le Quality of Life in Prison (Q-LIP; Way et al., 2004) et le Measuring Quality of Prison Life (MQPL; Liebling et Arnold, 2004). Une étude effectuée par Wong et al. (2008) montrent des corrélations significatives entre ces mesures de qualité de vie et des traits de personnalité tels que les tendances antisociales, l'auto-dépréciation, les perturbations de la pensée et le stress perçu évalué à l'aide du Carlson Personality Survey (CPS; Carlson, 1981).

## CONCLUSION

De par sa structure et son fonctionnement, l'environnement carcéral engendre des conséquences sur la perception de la qualité de vie. L'analyse de nos résultats nous montre que la période d'incarcération influence la perception de la qualité de vie et plus particulièrement la perception du domaine environnemental. En effet, les personnes se situant en période initiale et terminale obtiennent des scores plus faibles pour le domaine environnemental en comparaison des personnes se situant en période centrale. Nous avons pu observer l'influence de la période d'incarcération sur le niveau d'anxiété état. Lors de l'arrivée en prison, les détenus obtiennent un niveau d'anxiété état plus élevé. Toutefois, nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les trois groupes quant à l'anxiété trait. Nous savons que les effets de l'emprisonnement sont variables d'un individu à un autre. Maurice (1997), ancien détenu, condamné à une réclusion à perpétuité explique que : « chaque prisonnier n'endure pas psychologiquement la prison de la même façon, en raison de la durée de sa peine, de l'endroit de sa détention, du délai écoulé par rapport à la condamnation infligée et de son aptitude à supporter les contraintes pénitentiaires ». Il est dès lors important de prendre en considération le caractère de l'établissement pénitentiaire (le régime pénitentiaire, les activités disponibles, l'architecture de la prison, l'hygiène, la surpopulation,...) mais aussi les caractéristiques intrinsèques de la personne (personnalité, antécédents psychiatriques, vulnérabilité) ainsi que les caractéristiques extrinsèques (prise en charge, soutien de la famille, projet de vie future, etc.).

## RÉSUMÉ

*L'enfermement carcéral a sans conteste une incidence sur la perception de la qualité de vie des détenus. Par ailleurs, certaines études montrent que les détenus réagissent différemment en fonction des périodes d'incarcération. La confrontation au milieu carcéral, la perte des différents repères et l'incertitude à laquelle l'individu est confronté, lors de son entrée en prison, sont des éléments qui peuvent susciter une anxiété importante. Lors de la période centrale, le détenu mettrait en place diverses stratégies qui lui permettraient de s'adapter au milieu. Le retour à la vie extérieure susciterait une réactivation du niveau d'anxiété. A partir de ce constat, nous posons donc l'hypothèse que les personnes se situant en période centrale estiment avoir une meilleure qualité de vie et un niveau d'anxiété moins élevé en comparaison des personnes en période initiale et terminale. Nous avons donc évalué la perception de la qualité de vie à l'aide du WHOQOL-Bref de 49 détenus issus de la prison de Nivelles que l'on a réparti dans trois groupes relatifs à la période d'incarcération (initiale, centrale, finale). Les résultats montrent que les personnes se situant en période initiale et terminale perçoivent moins bien leur environnement en comparaison des sujets en période centrale.*

**Mots-clés :** Qualité de vie, Whoqol-bref, Prison, périodes d'incarcération

## SAMENVATTING

*De gevangenisstraf beïnvloedt de perceptie van het levenskwaliteit van de gedetineerden. Bovendien tonen bepaalde studies aan dat de gedetineerden, volgens de periodes van hun opsluiting, anders reageren. De confrontatie aan het gevangenismilieu, het verlies van de diverse verwijzingstekens en de onzekerheid waarmee de persoon op het moment van zijn ingang in gevangenis wordt geconfronteerd, zijn elementen die een belangrijke bezorgdheid kunnen veroorzaken. Gedurende de middelste periode zou de gedetineerde verschillende strategieën maken om zich te kunnen aanpassen aan het milieu. De terugkeer naar het leven buiten zou een reactive-ring van het bezorgdheidsniveau veroorzaken. Vanaf deze bevinding veronderstellen wij dat de mensen, die zich in de middelste periode bevinden, een betere levenskwaliteit en een minder bezorgdheidsniveau hebben in vergelijking met de mensen die zich in de aanvankelijke en laatste periode bevinden. Wij hebben dus de perceptie van het levenskwaliteit onderzocht, met behulp van de WHOQOL-Bref, op 49 gedetineerden uit de gevangenis van Nivelles, die werden verdeeld in drie groepen relatief aan de periode van hun opsluiting (aanvankelijke, middelste, laatste) verdeelde. De resultaten tonen aan dat de mensen die zich in de aanvankelijke- en laatste periode bevinden slechter hun milieu waarnemen in vergelijking met de gedetineerde die zich in de middelste periode bevinden.*

**Sleutelwoorden :** Levenskwaliteit, Whoqol-bref, Gevangenis, opsluitingsperiodes

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Archer E. Pour en finir avec les psychoses carcérales. *Forensic*. 1 : 27-31 (2000).
- Auvert AJ. *Ecrire pour survivre ou les effets de l'incarcération à travers des expressions écrites de détenus*. Mémoire de maîtrise de sociologie. Sous la direction de Joubert M.. Laé J-F. Université Paris VIII St Denis. 2002.
- Baron Laforet S. Le suicide en prison. *Forensic*. 7: 43-45 (1994).
- Bartol CR. Bartol AM. *Psychology and Law: Research and Application* (2<sup>nd</sup> ed.). Pacific Grove. CA: Brooks/Cole. 1994.
- Bénézech M. Le Bihan P. Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médico Chirurgicale. Psychiatrie*. 37-906-A-10 (2002)
- Berger M. Poli F. Dazord A. Evaluation de la qualité de vie de patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés [Evaluation of quality of life concerning chronically mentally ill patients living in community support systems]. *Encéphale*. 24(1) : 9-17 (1998).
- Bernheim JC. Les effets de l'incarcération. *Face à la justice*. 5 (1-2-3-4) (1982).
- Blaauw Eric. Winkel FW. Kerkhof AD J.F.M. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*. 28(3) : 279-299 (2001).
- Bobes J. Garcia-Portilla MP. Quality of life in schizophrenia. In: Katsching H.. Freeman H.. Sartorius N. (eds.). *Quality of life in mental disorders*. New York. Wiley. 2006.
- Bouman Y.H.A. de Ruiter C. Schene AH. Quality of life of violent and sexual offenders in community-based forensic psychiatric treatment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 19(4): 484-501 (2008).
- Bruchon-Schweitzer M. Paulhan I. *Manuel Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (Stai Y)*. adaptation française. Paris. ECPA. (1993).
- Bukstel LH. Kilmann PR. Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychol Bull*. 88 (2) : 469-493 (1980).
- Canetti C. *L'impact psychiatrique de l'incarcération et la pénalisation de la maladie mentale*. Acte du colloque «Où vont les prisons? Entre réalités et droits». Paris. 2003.
- Carlson KA. Carlson Psychological Survey. London. Ontario: Research Psychologists Press. Inc. 1981.
- Carriere P. Le suicide en prison : prévenir ? Jéricho. 188 : 9-12 (2004).
- Chambon O. Favrod J. Yamamoto T. Marie-Cardine M. Réadaptation sociale, qualité de vie, et amélioration des habiletés relationnelles des psychotiques chroniques : le module «habiletés élémentaires de conversation». *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 3(3) : 78-83 (1993).
- Chung MC. Cumella S. Wensley J. Easthope Y. Quality of life and psychological well-being of mentally disordered offenders after court diversion: a 6 month follow-up. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 42(2): 164-173 (1998).
- Cornelisse-Saigre J. Le temps miroir. *Information-Prison-Justice*. septembre 82 (1997) .
- Crowne DP. Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Clin Psychol*. 24: 349-354 (1960).

- Dazord A. Mercier C. Manificat S. Nicolas J. Évaluation de la qualité de la vie: mise au point d'un instrument d'évaluation dans un contexte francophone [Quality of life assessment: The adjustment of an assessment instrument in a French-speaking context]. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. 45(4) : 271-278 (1995)
- Dazord A. Mino A. Page D. Broers B. Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry*. 13(5) : 235-241 (1998).
- Deheurles-Montmayeur L. *Le suicide en milieu carcéral*. Mémoire. IEP. Grenoble 2. sous la direction de Monsieur Kaluszynski M. Froment J-C. 2004.
- Gaboraud E. Khan J.P. Le temps détenu. *L'information psychiatrique*. 81 (7): 621-626 (2005).
- Gibbs JJ. Symptoms of psychopathology among jail prisoners: the effects to exposure to the jail environment. *Criminal-Justice-and-behavior*. 14 (3): 288-310 (1987).
- Goethals J. Les effets psychosociaux des longues peines d'emprisonnement. *Déviance et Société*. 4 (1) : 81-101 (1980).
- Grégoire J. de Leval N. Mesters P. Czarka M. Validation of the Quality of Life in Depression Scale in a population of adult depressive patients aged 60 and above. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment. Care & Rehabilitation*. 3(1) : 13-19 (1994).
- Gullone E. Jones T. Cummins R. Coping styles and prison experience as predictors of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry. Psychology and Law*. 7: 170-181 (2000).
- Haney C. Banks C. Zimbardo P. Interpersonal dynamics in simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*. 1: 69-97 (1973).
- Harper A. Power M. Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 28: 551-558 (1998).
- Harvey J. Liebling A. Suicide et tentatives de suicide en prison : vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie*. 34 (2) : 57-83 (2001).
- Harvey J. Crossing the boundary : the transition of young adults into prison. In Alison Liebling et Shadd Maruna (eds.). *The effects of imprisonment*. Willan Publishing. United Kingdom. 2007.
- Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 23: 509-517 (2000).
- Landau SF. Delinquency, institutionalization and time orientation. *J Consult Clin Psychol*. 44: 745-759 (1976).
- Leclerbier Y. Sheehan D.V. Weiller E. Amorim P. Bonora I. Harnett Sheehan K. Janavs J. Dunbar G. C. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 12(5): 224-231 (1997).
- Leplège A. Réveillère C. Ecosse E. Caria A. Rivière H. Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie. le WHOQOL-26 à partir d'une population de malades neuromusculaires. *L'Encephale* . 26 (5) : 13-22 (2000).
- Lesage De La Haie J. Le temps qui tue. *Information -Prison- Justice*. 82 (1997).
- Lhuilier D. Lemiszewska A. *Le choc carcéral. survivre en prison*. Edition Bayard. 2001.
- Liebling A. Prison suicide and prisoner coping. In M. Tonry et J. Petersilia (eds.). *Crime and justice : A review of research*. Chicago : University of Chicago press. 283-359 (1999).
- Liebling A. *Prisons and their moral performance. A study of values, quality and prison life*. Oxford University Press. New-York. 2004.
- Liebling A. *Suicides in prison*. Londres: Routledge. 1992.
- MacKenzie DL. Goodstein L. Long-term incarceration impacts and characteristics of long-term offenders: An empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior*. 12 (4): 395-414 (1985).
- Manzanera C. Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico Psychologiques*. 162 (8) : 686-699 (2004).
- Maurice P. Une traversée hors du temps. l'heure fuit. le temps s'évade. *Information-Prison-Justice*. ARAPEJ Ile de France. 82 (1997).
- Moch A. Maramotti I. Les ambiances de la ville : du stress au confort. *Pratiques Psychologiques*. 2: 17-24 (1995).
- Mooney M. Barry M. Friel S. Hannon F. Kelleher CC. Perceived quality of life and mental health status of Irish female prisoners. *The Irish Medical Journal*. 95 (8): 241-243 (2002).
- Morrion P. Suicide in prison. *Annales Medico-Psychologique*. 162 (8) : 672-675 (2004).
- Niveau G. Psychiatrie en milieu de détention. In Bertrand D.. Niveau G.. Médecine, santé et prison. édition Médecine et hygiène. 2006.
- Observatoire International des Prisons – Section Belge. De l'état du système carcéral belge. Bruxelles. 2008. [http://www.oipbelgique.be/biblio/notice/Notice\\_2008.pdf](http://www.oipbelgique.be/biblio/notice/Notice_2008.pdf). Editions du 8/10/2008
- Quilty C. Van Ameringen M. Mancini C. Oakman J. Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 17 (4) : 405-426 (2003).
- Safren SA. Heimberg RG. Brown EJ. Holle C. Quality of life in social phobia. *Depress Anxiety*. 4: 126-133 (1996-1997).
- Saloppé X. Pham TH. Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. *Encephale*. 33(6) : 892-901 (2007).
- Saloppé X. Pham TH. Validation du WHOQOL-BREF en hôpital psychiatrique sécuritaire. *Psychiatrie et violence*. 6 (1) : 1-21 (2006).
- Schuessler K.F. Fisher G.A. Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology*. 11: 129-149 (1985).
- Sheehan DV. Leclerbier Y. Sheehan K.H. Janavs J. Weiller E. Keskiner A. Schinka J. Knapp E. Sheehan MF. Dunbar G.C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 (Suppl 20): 22-33 (1998).
- Spielberger CD. Gorsuch RL. Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto. CA. 1970.
- Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto. CA. 1983.
- Statistical Package for the Social Sciences. SPSS for Windows (version 16.0). Chicago: SPSS Inc. 2007.
- Toch H. The disturbed disruptive inmate: Where does the bus stop? *Journal of psychology and law*. 10: 327-349 (1982).
- Van Lacken V. Vrignaud B. Loriaux M. *Le stress en détention. le comprendre pour mieux agir ? Forum prison. le journal de l'éducation pour la santé en Picardie* 9 Novembre 2003. [http://www.picardie.sante.gouv.fr/doc/santepub/sante\\_detenus/forum\\_9.pdf](http://www.picardie.sante.gouv.fr/doc/santepub/sante_detenus/forum_9.pdf)
- van Marle H. Mental health care in prison: How to manage our care. *International Journal of Prisoner Health*. 3(2) : 115-123 (2007).
- van Marle H. *Mental Health Care in Prison: How to manage our care?* 11th Annual Meeting and Conference of the WHO European Network for Prison and Health: the Next 10 Years. Health in Prisons Projects. London. United Kingdom. 17 October 2005.
- Way B. Buscena C. Sawyer D. Quality of life instrument in prison: Detecting disability, external validity, and factor structure. *American Journal of Forensic Psychology*. 22: 41-52 (2004).
- Weissman MM. Panic disorder: Impact on quality of life. *J Clin Psychiatry* 1991. 52(2. Suppl): 6-8.

Wheeler S. Socialization in correctional communities. *American Sociological Review*. 26 (5) : 697-712 (1961).

WHOQOL Group. *Australian WHOQOL-100, WHOQOL-BREF and CA-WHO-QOL instruments: User's manual and interpretation guide*. Melbourne WHOQOL Field Study Centre. University of Melbourne. Department of Psychiatry. St. Vincent's Mental Health Service. Melbourne. Australia. 2000.

Wong C. Douglas K. Theny A. *Examining the psychometric properties of two quality-of-life instruments in civil and forensic psychiatric patients*. Simon Fraser University. Poster presented at the IAFMHS. Vienna. Austria. 2004.

World Health Organization. *Healthcare study of the Irish prison population*. Health in Prisons Project 1999. <http://www.hipp-europe.org/resources/internal/irish-prisons/default.htm>

World Health Organization. *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels. Département de la santé mentale et des toxicomanies*. OMS. Genève. 2007. [http://www.who.int/mental\\_health/resources/resource\\_jails\\_prisons\\_french.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/resource_jails_prisons_french.pdf)

Zamble E. Porporino FJ. *Research in criminology. Coping, behavior, and adaptation in prison inmates*. New York: Springer-Verlag Publishing. 1988.

Auteurs correspondants :

**Xavier Saloppé**

Psychologue,

Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique  
Service de psychiatrie,  
hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, France

**Anne Hayot**

Psychologue SPS, prison d'Ittre

**Benoît Marghem**

Conseiller psychologue au sein des services  
psychosociaux francophones

**Thierry H. Pham**

Professeur en psychologie, Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique  
Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel,  
Montréal, Canada  
Université de Mons Hainaut (UMons), Belgique