

**TROUBLES SENSORIELS EN MILIEU CARCÉRAL
BELGE :
PERCEPTIONS DES SOIGNANTS**

MATHILDE VAN DE VYVERE

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
du double diplôme en criminologie

Criminologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa
Université Catholique de Louvain

RÉSUMÉ

Le milieu carcéral enferme le détenu dans une sensorialité particulière. La proximité permanente des murs, l'odeur carcérale, les fouilles comme toucher quotidien, le brouhaha permanent et les saveurs invariables s'imposent chaque jour aux personnes incarcérées. Les sens en sont perturbés et doivent s'adapter. Les conséquences psychologiques, physiques et financières sont alors non négligeables. Le corps-sujet du détenu ayant disparu, le corps-objet tente tant bien que mal de trouver des stratégies pour lutter contre ces sous-stimulations ou stimulations répétitives. Les détenus pourraient rêver de leur sortie, mais celle-ci est bien moins idéale que celle imaginée. Mais qu'en pensent les soignants de la prison ? Ne peuvent-ils pas faire quelque chose pour les détenus ? Sont-ils au moins conscients de ces troubles ? C'est à ces questions que nous tenterons de répondre dans ce mémoire, grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès de psychiatres, médecins généralistes et infirmières pratiquant dans ce milieu.

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment **<http://www.uclouvain.be/plagiat>**.

REMERCIEMENTS

Je souhaite avant tout remercier certaines personnes qui m'ont aidé à la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier mes promoteurs : Monsieur Quirion, qui m'a suivi lors de mon séjour au Canada et m'a remis sur le droit chemin lorsque mes idées divaguaient ainsi que Monsieur Adam, qui a été présent lors de mon retour en Belgique et m'a orienté tant théoriquement que méthodologiquement en me faisant me poser les bonnes questions. Je les remercie pour leur patience, leur disponibilité et surtout pour leurs précieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également tous les soignants qui m'ont donné l'occasion de les écouter et qui m'ont partagé leurs expériences ainsi que leurs ressentis. J'espère avoir pu relater leurs propos le plus fidèlement possible.

Je tiens également à remercier mon amie Héloïse Nolet qui a eu la patience de relire le premier jet de mon mémoire et m'a encouragé durant ce parcours ainsi que Marie-Christine Dallemagne qui a relu l'entièreté du travail et corrigé l'orthographe.

Je remercie enfin mes parents, mes sœurs et mes amis de m'avoir accompagnée et soutenue. Je les remercie également pour leur intérêt particulier pour mon sujet, ce qui m'a motivé à poursuivre.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE THÉORIQUE	3
Chapitre 1 : Le registre sensoriel au sein de la prison	3
1. Introduction	3
2. Définition de la sensorialité.....	4
2.1. De la stimulation à l'attention	5
2.1.1. Stimulation VS isolation sensorielle	5
a. <i>La stimulation sensorielle</i>	5
b. <i>Isolation sensorielle</i>	6
i. Expérience de Hebb & Heron (1955).....	6
ii. Expérience de Lilly (1956).....	6
2.1.2. La sensation	7
a. <i>Phénomène d'habituation</i>	7
2.1.3. Perception	7
2.1.4. Attention	8
2.2. Les troubles sensoriels.....	9
2.3. Conclusion.....	10
3. La modalité sensorielle au sein du cadre carcéral	10
3.1. La prison, un milieu contrôlé	11
3.1.1. Environnement physique	11
a. <i>Les conditions matérielles</i>	11
b. <i>Des mouvements contrôlés</i>	12
i. Contrôle dans l'espace.....	12
ii. Dissociation du couple voir/vu.....	13
c. <i>Pratiques en rapport avec l'architecture</i>	14
i. Utilisation des fenêtres	14
ii. Adaptations pratiques selon vétusté	15
d. <i>La surpopulation</i>	16
e. <i>Conclusion</i>	18
3.1.2. Environnement social	18
a. <i>Les visites</i>	19

<i>b.</i>	<i>Offre de travail</i>	20
<i>c.</i>	<i>Conclusion</i>	20
3.1.3.	Environnement psychologique	21
<i>a.</i>	<i>Fouilles</i>	21
<i>b.</i>	<i>Un vieillissement accéléré</i>	21
<i>c.</i>	<i>Conclusion</i>	22
3.1.4.	Conclusion	22
3.2.	Évolution des cinq sens	23
3.2.1.	La vue	23
<i>a.</i>	<i>La vue durant les premiers jours d'incarcération</i>	23
<i>b.</i>	<i>La vue après quelques jours passés en milieu carcéral</i>	24
3.2.2.	L'odorat	24
3.2.3.	Le toucher	26
3.2.4.	Le goût	27
3.2.5.	L'ouïe	27
<i>a.</i>	<i>Diminution de l'ouïe</i>	27
<i>b.</i>	<i>Exacerbation de l'ouïe</i>	28
3.3.	Conséquences	29
3.3.1.	Conséquences psychologiques	29
<i>a.</i>	<i>Angoisses</i>	29
i	Angoisses d'abandon	30
ii	Angoisses relatives à la sensorialité	31
<i>b.</i>	<i>Impact sur l'identité</i>	32
<i>c.</i>	<i>Syndrome de Ganser</i>	32
<i>d.</i>	<i>Conséquences psychologiques spécifiques à certains troubles</i>	33
3.3.2.	Conséquences physiques	34
<i>a.</i>	<i>Contamination physique (Goffman, 1968)</i>	34
<i>b.</i>	<i>Vertiges</i>	35
3.3.3.	Conséquences financières	36
3.4.	Stratégies échappatoires	36
3.4.1.	Automutilations et suicides	37
<i>a.</i>	<i>Automutilations</i>	37
<i>b.</i>	<i>Suicides</i>	38
3.4.2.	Repli sur soi	38
3.4.3.	Sport	39
3.4.4.	Décoration, homosexualité et tatouage	40
3.4.5.	La consommation de substances	41

3.5. Conclusion.....	41
Chapitre 2 : La sortie de prison : entre angoisse et excitation.....	43
1. Introduction	43
2. La sortie sur le plan général	43
3. La sortie au niveau sensoriel	44
4. Conclusion.....	45
PARTIE EMPIRIQUE	46
Chapitre 1. Méthodologie de recherche.....	46
1. Question de recherche et objectifs.....	46
2. Méthode de récolte des données.....	46
3. Participants	50
4. Procédure.....	52
4.1. Échantillonnage	52
4.2. Considérations éthiques.....	53
4.3. Influence du lieu de l'entretien.....	53
5. Méthode d'analyse des données	55
Chapitre 2. Résultats de l'analyse thématique.....	56
1. Rapport aux sens	56
1.1. Distinction des troubles	57
1.2. Influence de la profession.....	59
1.3. Phénomènes liés aux sens.....	61
1.3.1. Neutralisation des sens	61
1.3.2. Exacerbation des sens.....	63
2. Caractéristiques propres à l'institution.....	64
2.1. Ancienneté du bâtiment.....	64
2.1.1. L'hygiène.....	64
2.1.2. Le bruit	65
2.1.3. Le contact	65
2.1.4. La disponibilité du soin	66
2.2. Régime.....	67
2.2.1. La lumière.....	68
2.2.2. L'aération	69
2.2.3. La disponibilité du travail.....	70
2.3. Genre	72
2.4. Structure de la prison.....	73

2.5.	Situation d'isolement extrême.....	75
3.	Perception du corps	78
3.1.	Domination de l'institution	78
3.2.	Contacts relationnels	80
3.3.	La sensation	82
3.4.	Réappropriation corporelle.....	84
3.4.1.	Automutilations	84
3.4.2.	Suicides	86
3.4.3.	Sport	87
4.	Prise de substances	87
4.1.	Non cadrée.....	88
4.2.	Dans le cadre du soin.....	90
4.2.1.	Manque d'alternatives	90
4.2.2.	Différence entre les raisons de prescription	91
4.2.3.	Usage des médicaments.....	92
4.2.4.	Effets sensoriels associés.....	93
4.3.	Hallucinations associées.....	94
5.	Mises en place par les soignants.....	96
6.	Évolution lors de la libération	98
7.	Influence de la culture	101
	Chapitre 3. Discussion.....	102
1.	Le libre arbitre des soignants.....	102
2.	Limites de l'étude	104
	CONCLUSION GÉNÉRALE	106
	BIBLIOGRAPHIE.....	111
	ANNEXES.....	126
	Annexe 1 : Guide d'entretien	126
	Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé aux participants	128

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La sensorialité est nécessaire à l'homme, elle lui permet d'explorer son environnement, mais également de définir son rapport au monde. « Je sens donc je suis » évoque Le Breton (2006, p. 13). Cela démontre l'importance du sentir dans le rapport que la personne a au monde qui, toujours selon cet auteur, est déterminé par l'environnement dans lequel le sujet se situe. Les sens permettent au sujet de se sentir exister ; mais la prison s'empare de l'être du corps des personnes incarcérées ; seul l'avoir du corps reste, le sujet-objet (Chamond, Moreira, Decocq, & Leroy-Viémon, 2014 ; Le Breton, 1990). Une rupture essentielle se produit alors puisque la prison est caractérisée par un environnement sensoriellement particulier, se traduisant dans certains cas par un « dépouillement sensoriel » (Lhuilier, 2007, p. 449) ou par une sur-stimulation caractérisée par la répétitivité. Or la majorité de la littérature sur le milieu pénitentiaire pose la question du corps des détenus contraint physiquement et psychologiquement par l'environnement, mais la question de la sensorialité liée à celle du corps est très peu examinée. En effet, un auteur classique tel que Goffman (1968, p. 41), définit le mode de vie dans les « institutions totales », entendues comme « (...) un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ». Il détermine la place du corps dans ces institutions, ce qu'il en est fait à travers les techniques de mortifications qui visent à déposséder l'individu de sa personnalité et les adaptations utilisées par les « reclus » pour faire face à l'environnement contraint. D'autres auteurs expliquent que le corps est désinvesti en prison (Trouillard Perrot, 2007) ou au contraire qu'il devient un lieu d'expression pour les détenus (Baillette, 1997 ; Vinet-Bonin, 2013). Cependant, il existe une anti-thèse à ces propos, certes moins répandue, qui lie le corps aux particularités sensorielles qu'offrent le milieu carcéral. En effet, des auteurs tels que Gonin (1991), Lemiszweska et Lhuilier (2001), Andrieu (2007) ou encore Lhuilier (2007) font le lien entre la sensorialité particulière qui caractérise la prison et l'impact que cela a sur le corps du détenu et son sentiment d'existence. Andrieu note d'ailleurs que :

« La privation sensorielle ne laisse échapper personne. Elle vous brise, morceau par morceau, effiloche votre résistance quand vous sentez s'endormir votre mémoire, désoriente vos sens, ramollit votre corps, détériore votre organe sournoisement, fait tourner à vide votre capacité de penser, régresse votre intelligence (Knobelspiess, 1981, p.67) » (Andrieu, 2007, p. 269).

Dès lors, il est intéressant de voir que l'importance de la sensorialité soit reconnue, mais que dans un milieu contraint comme la prison, son lien avec le corps ne soit pas établi par les auteurs « classiques » ayant traité ce milieu.

Ce mémoire vise à reprendre ce qui a déjà été dit sur ce lien et à comprendre la place qui est accordée aux troubles sensoriels dans le soin des détenus belges. Dès lors, une revue de la littérature a d'abord été réalisée afin de contextualiser les troubles sensoriels en milieu carcéral. En effet, nous aborderons d'abord les facteurs imposant une sensorialité particulière, l'évolution des sens dans ce contexte et les conséquences que cela a au sein de la prison et lors de la libération de la personne. La partie empirique sera consacrée principalement à notre sujet puisque des psychiatres, des médecins et des infirmières ont été écoutés sur leurs connaissances et interprétations des troubles. Afin d'analyser leurs propos, une analyse thématique a été réalisée. Enfin, nous avons discuté autour de la question du libre-arbitre laissé aux soignants faisant partie du milieu carcéral avant de conclure.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : Le registre sensoriel au sein de la prison

1. Introduction

De manière générale, il est connu que la prison regroupe des individus fragiles (Gonin, 1991 ; Lhuilier, 2007), mais est-ce une cause ou une conséquence de l'incarcération ? A ce sujet, deux approches se confrontent : pour certains, le système pénal aurait tendance à cibler davantage les groupes et les individus déjà vulnérabilisés tant socialement que psychiquement, tandis que pour d'autres, la prison fragiliserait la personne. Concernant la première hypothèse, De Beaurepaire (2012) avance qu'à l'entrée, 60% des personnes sont en précarité socio-économique, mais seraient également vulnérables sur les plans psychiques et psychiatriques. Garnier et Brun (2016) se placent également dans cette approche puisqu'ils évoquent que le passage à l'acte qui a mené à l'incarcération aurait été réalisé pour survivre face à l'hallucination causée par sa maladie psychiatrique. Lhuilier (2007) se situe quant à elle entre les deux approches puisqu'elle affirme que l'angoisse du choc carcéral aggrave les troubles ou les réactive ; ce qui signifierait qu'ils seraient déjà présents avant, mais que la prison aurait empiré le problème. Concernant la deuxième hypothèse, la déshumanisation carcérale est illustrée par les suicides, les automutilations (Lhuilier, 2007), les violences (Bottoms, 1999), les dépressions ou encore les angoisses d'abandon (Chamond et al., 2014) qui seraient présents en prison.

Cependant, qu'en est-il des troubles sensoriels ? Bien que peu de scientifiques se soient réellement penchés sur la question de la relation entre les troubles sensoriels et la détention, Baillette (1997) dénonce la prison comme grande génératrice de troubles sensoriels. Ces derniers sont entendus comme la difficulté du cerveau à détecter et interpréter correctement les informations parvenues des sens (Miller, Fuller &

Roetenberg, 2014). Ces troubles peuvent toucher un sens particulier ou plusieurs à la fois. En prison, bien que la population soit vieillissante (Brillet, 2013 ; Moran, 2016 ; Shantz, 2012), ce sont principalement les environnements physique, social et psychologique qui imposeraient au détenu une forte restriction ou au contraire une sur-exposition caractérisée par une répétition des stimulations sensorielles. Lhuilier (2007, p. 449) va dans ce sens lorsqu'elle avance que « la déprivation est au cœur de l'expérience carcérale : l'incarcération s'accompagne toujours d'un vécu de perte, d'abandon, de carence. L'univers carcéral est un milieu, non seulement pauvre matériellement, mais, aussi, dépourvu de stimulations sensorielles. ». Cet auteur fait également part de la répétition des stimulations : « La vision, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût s'orientent en fonction de l'environnement. Ils font, en prison, du « surplace » mortifiant, borné au même, au répétitif, au monotone. » (Lhuilier, 2007, p. 449). Cela confirmerait que c'est bien la prison et ses différents environnements qui induisent ces troubles.

Dans ce chapitre, nous présentons tout d'abord une définition de la sensorialité de façon générale en abordant les processus qui sont à l'œuvre dans l'exploration de l'environnement avant d'expliquer la modalité sensorielle au sein du cadre carcéral. Dans cette deuxième section, nous discuterons de l'environnement contrôlé qu'est la prison et des particularités sensorielles qu'elle entraîne. Ensuite, nous explorerons l'évolution des sens au sein de ce milieu ainsi que les conséquences que cela entraîne sur les plans psychologiques, physiques et financiers. Enfin, les stratégies mises en œuvre par les détenus pour faire face à cette morosité carcérale seront évoquées.

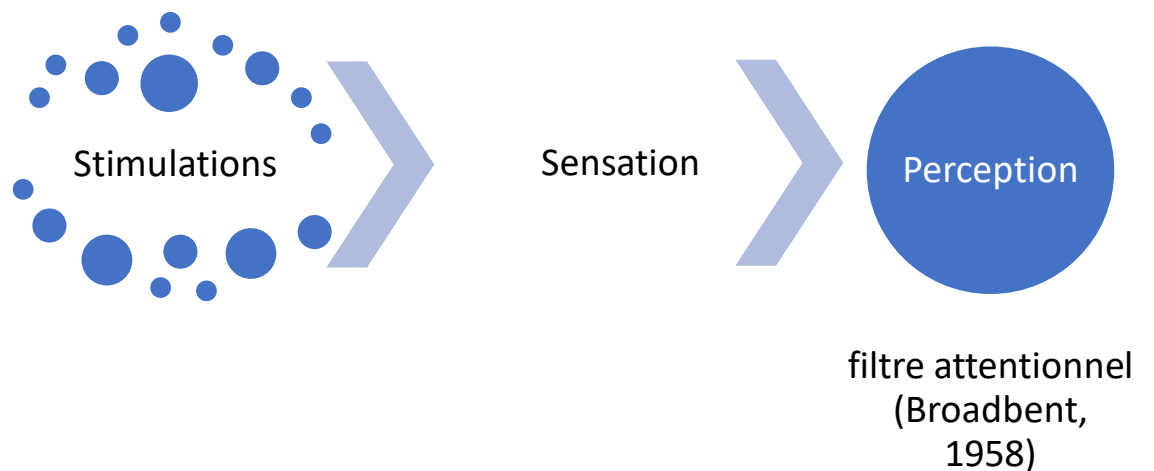
2. Définition de la sensorialité

Selon Larousse (s.d.), la sensorialité est une « caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel »¹. Afin de comprendre cette caractéristique, il est important de comprendre ce à quoi fait référence le système sensoriel. Pour ce faire, la stimulation, la sensation, la perception ainsi que l'attention seront abordés avant de définir ce qu'est plus spécifiquement un trouble sensoriel.

¹ Dictionnaire Larousse en ligne, « sensorialité », repéré le 4 août 2019 à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensorialité/72120>

2.1. De la stimulation à l'attention

Le système sensoriel se situe à l'intérieur d'un mécanisme qui se base sur les stimulations environnementales pour ensuite traiter leurs informations. Le schéma présenté ci-dessous dresse un portrait des différents processus à l'œuvre qui seront explicités dans cette section.



2.1.1. Stimulation VS isolation sensorielle

a. La stimulation sensorielle

D'abord, il est important de définir ce qui enclenche ce système sensoriel. La stimulation concerne tout ce qui est lié au monde extérieur. Elle consiste en tous les signaux que ce monde peut nous envoyer, sous forme d'ondes (lumineuses, olfactives, sonores, etc.), de substances, de contacts, etc. (Godefroid, 2011). Ces stimulations sont nécessaires à l'homme puisqu'elles lui permettent d'explorer l'environnement. En fonction du contexte, les stimulations peuvent se raréfier et provoquer des effets spécifiques.

b. Isolation sensorielle

Les études sur l'isolation sensorielle sont présentes dans la littérature et consistent à placer un sujet dans une situation qui confronte les sens à une sous-stimulation, voire une inhibition des stimulations. Deux expériences sont explicitées, choisies car elles démontrent des effets différents de l'isolation.

i. Expérience de Hebb & Heron (1955)

L'expérience menée par Hebb et Heron (1955) est l'exemple type de ces études. Les chercheurs ont placé des hommes dans des chambres individuelles de quelques mètres carré, avec un lit. Les besoins tels que la nourriture ou l'hygiène étaient satisfaits grâce à l'accompagnement de personnes extérieures. Lors du trajet jusqu'à la salle de bain, les personnes portaient des lunettes de protection et des écouteurs. Dans leur chambre d'isolement, les volontaires portaient également des gants et des tubes en carton sur les bras pour limiter leur sens du toucher. La durée de l'enquête, premièrement fixée à six semaines, s'est arrêtée au bout de quelques jours à cause des effets désastreux que l'isolation a entraîné. En effet, suite à une isolation sensorielle, plusieurs symptômes ont été relatés tels que des troubles cognitifs, des hallucinations, de l'agitation extrême ou des réactions émotionnelles enfantines. Ces manifestations démontrent le besoin fondamental de l'organisme d'être soumis à une diversité de stimulations extérieures (Godefroid, 2011).

ii. Expérience de Lilly (1956)

Dans cette même idée, Lilly (1956) expérimente les effets de l'isolation sensorielle sur sa propre personne, en s'isolant durant quelques heures dans un caisson de flottaison étanche, se privant ainsi de toute stimulation extérieure. Contrairement aux

résultats de l'expérience précédente, cette situation a été propice à l'introspection, offrant un moment relaxant au chercheur (Godefroid, 2011).

Dès lors, en fonction du contexte dans lequel est placé le sujet, les effets de l'isolation sensorielle peuvent varier, allant d'un effet néfaste à un moment relaxant pour l'individu.

2.1.2. La sensation

La sensation est « la détection d'un stimulus par un appareil sensoriel » (Stassen Berger, 2008/2011, p. 105). La vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût sont les cinq sens dont dispose l'organisme pour explorer le monde. Ces derniers sont une porte d'entrée des stimulations environnementales (Stassen Berger, 2008/2011) puisqu'ils s'activent lorsqu'ils en reçoivent une. Pour prendre conscience d'un élément de notre environnement, il faut que l'énergie qui s'en dégage soit assez puissante pour constituer un stimulus capable d'exciter un des récepteurs.

a. Phénomène d'habituation

Cette énergie pourrait être mise en péril lors de la présentation répétée et monotone des différents stimuli. En effet, un phénomène d'habitude ou d'habituation pourrait alors se produire, à savoir une disparition progressive du comportement en réponse à ces stimuli, ou ne fut-ce qu'une diminution de l'intérêt qu'on y porte (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, LaMantia & McNamara, 2004). Dès lors, comme le précise Debuyst (2014, p. 51), à cause de l'habitude, les sensations sont plus ou moins ignorées ; l'objet est ancré en nous, des inférences se produisent sans que les sensations n'interviennent.

2.1.3. Perception

La perception est « le produit d'une sensation transmise et traitée par le cerveau. » (Stassen Berger, 2008/2011, p. 105). Dès lors, une fois activés, les récepteurs sensoriels envoient l'information au cerveau, qui organise, intègre et interprète ce qu'il reçoit (Godefroid, 2011). Elle est plus qu'une simple projection de l'objet, elle est une activité de connaissance (Le Breton, 2006). La perception dépend donc de l'observateur et de sa sélection des informations. Cependant, certaines limites seraient à reconnaître au système perceptif. Le seuil perceptif dépendrait en effet du niveau d'éveil du cerveau et se modifierait en fonction de l'attention. Dès lors, il dépendrait du niveau de vigilance et varierait selon notre état de fatigue (Godefroid, 2011). La perception dépendrait donc de l'observateur (Godefroid, 2011) et plus particulièrement de l'homme, son éducation et son histoire personnelle (Le Breton, 2006).

2.1.4. Attention

L'attention est une composante du filtre qui transforme la sensation en perception (Godefroid, 2011). Étant donné que la perception dépend de l'observateur, c'est l'attention de ce dernier qui détermine les informations que le cerveau reçoit. Lorsque deux événements se produisent en même temps, il est difficile de s'intéresser aux deux à la fois ; le cerveau doit donc ignorer certains éléments afin de pouvoir traiter les autres (Godefroid, 2011). C'est ce que représente le modèle du filtre attentionnel de Broadbent (1958). La stimulation, la sensation et la perception sont les trois composantes de ce modèle. Ce dernier postule que le cerveau n'a pas la capacité de traiter de manière élaborée les multiples stimulations qui lui sont présentées ; une sélection d'informations pertinentes est alors nécessaire. Broadbent (1958) suppose donc l'existence d'un goulot d'étranglement dans le traitement cognitif, qui limiterait la quantité de stimulations traitées par notre cerveau.

La sélectivité, l'intensité et le contrôle attentionnel sont les trois dimensions de l'attention auditive et visuelle (Godefroid, 2011). Pour ce mémoire, c'est principalement l'intensité qui est intéressante et plus particulièrement son niveau de vigilance selon l'environnement dans lequel la personne se trouve ; nous comprendrons pourquoi lorsque l'évolution des sens sera évoquée. En effet, l'intensité fait référence à l'état de préparation

et de concentration du système cognitif ainsi qu'à son niveau d'efficacité. L'alerte, la vigilance et l'attention soutenue sont les trois niveaux d'intensité. L'alerte correspond à « la capacité de réactivité durant de brèves périodes de temps » (Godefroid, 2011, p. 319) ; la vigilance constitue un « état de préparation à la détection d'évènements rares, dans des situations de longue durée sollicitant un contrôle attentionnel » (Godefroid, 2011, p. 320) et l'attention soutenue « intervient dans des situations dans lesquelles un grand nombre d'informations, au rythme rapide d'apparition, doivent être traitées » (Godefroid, 2011, p. 320).

2.2. Les troubles sensoriels

Les processus à l'œuvre seraient parfois mis en péril selon l'environnement dans lequel l'individu se trouve. Cet environnement impose donc des particularités au niveau des stimulations et par conséquent, provoque des perturbations sensorielles. En effet, il arriverait que l'interprétation ne se fasse pas correctement par le cerveau. L'organe concerné pourrait ne pas détecter l'information ou capterait un signal de la mauvaise manière. C'est ce qu'on appelle un trouble sensoriel (Miller et al., 2014). Une perturbation pourrait se produire au niveau de la perception. Ces altérations atteignent principalement les personnes âgées (Foguem et al., 2011 ; Stassen Berger, 2008/2011) et les enfants autistes (Stanciu & Delvenne, 2016)². Les déficits sensoriels ne sont pas évidents à repérer car ils sont insidieux donc la plupart du temps, la personne ne se rend pas compte elle-même du trouble (Stassen Berger, 2008/2011, p. 415).

Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM, 2016), certains facteurs de risque sont à considérer pour repérer plus facilement les troubles sensoriels. En plus du vieillissement, le tabagisme, les médicaments, l'inadaptation de l'environnement, l'absence de stimulations ainsi que l'exposition trop répétée à une stimulation sonore trop élevée sont des facteurs qui faciliteraient l'apparition de troubles sensoriels.

² A ce propos, le DSM 5 reconnaît actuellement l'hyper et hyposensibilité comme critère du trouble du spectre de l'autisme (Miller et al., 2014).

2.3. Conclusion

Ce point a permis de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la sensorialité. Les stimulations, les signaux extérieurs sont perçus par les récepteurs sensoriels, qui vont transmettre l'information à des cellules nerveuses qui vont envoyer des impulsions nerveuses au cerveau. Suivant l'organe sensoriel ayant capté le signal, une différente zone du cerveau est stimulée. De plus, l'attention accordée au signal varie également selon l'intensité, la sélectivité et le contrôle attentionnel (Godefroid, 2011). Il se peut cependant que l'interprétation de la stimulation dans le cerveau se fasse mal, ce qui pourrait provoquer un trouble sensoriel.

3. La modalité sensorielle au sein du cadre carcéral

La prison est un environnement assez spécifique qui impose des contraintes sensorielles, représentées sous formes de sous-stimulations ou de sur-stimulations. En effet, certaines stimulations sont surreprésentées dans le milieu carcéral à tel point que cela devient répétitif tandis que d'autres sont sous-représentées. Dans les deux cas, cela crée des perturbations au niveau de l'individu. Bien que nous soyons conscients que la prison ait des impacts positifs pour certains, de par son cadre soutenant, les relations qu'elle permet malgré tout ; nous nous centrons dans ce mémoire sur les perturbations négatives que cet environnement provoque.

La déprivation sensorielle qui représente la sous-stimulation est à distinguer de la privation sensorielle. En effet, bien que certains auteurs utilisent le terme « privation », nous l'entendons plutôt comme une déprivation, qui est dans le langage courant un synonyme, mais dont la finesse qui les différencie semble importante à prendre en compte dans ce contexte. La privation est définie par la huitième édition du Dictionnaire de l'Académie française comme la « perte, absence, manque d'un bien, d'un avantage qu'on avait, ou qu'on devait, qu'on pouvait avoir » (cité dans Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL], 2012)⁴. Grâce au préfixe « dé », nous

³ Il est d'ailleurs intéressant de noter que la traduction française du mot « deprivation » en anglais est « privation ».

⁴ CNRTL. (2012). Portail lexical, Lexicographie, « privation », repéré le 13 août 2019 à <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/privation>

pouvons différencier privation de déprivation. Ce préfixe indique effectivement une intensification du mot. En effet, cette particule « donner au mot simple une valeur perfective marquant l'intensité (...) et qui en français indique le renforcement d'une action (valeur augmentative, intensive) » (Trésor de la Langue Française Informatisé [TLFI] cité dans CNRTL, 2012)⁵. Ce côté intense de la déprivation sensorielle appuie donc les arguments démontrant l'impact sensoriel de la prison sur l'individu. Nous utiliserons donc ce terme pour appuyer les sous-stimulations qui caractérisent le milieu carcéral, sans oublier la sur-stimulation qu'il offre à certains sens.

Dans cette section, nous tenterons de préciser les éléments environnementaux mettant en péril la sensorialité en détention avant de préciser l'évolution des cinq sens. Les conséquences de ces influences et de ces évolutions seront ensuite abordées sur les plans psychologiques, physiques et financiers.

3.1. La prison, un milieu contrôlé

3.1.1. Environnement physique

L'environnement physique de la prison se veut coercitif, agissant ainsi comme un rappel constant de privation de liberté du détenu (Sykes, 2007). Cet enfermement est la peine de référence depuis le 19^e siècle puisque depuis, tout individu ayant commis une faute criminelle, correctionnelle ou contraventionnelle est sujet à une privation de liberté (Code Pénal, 1867, art. 7, al. 2 1^o et 2^o et al. 3 1^o). L'enfermement dans cet environnement implique plusieurs éléments en lien avec la sensorialité puisque dans cette morosité carcérale, la sensorialité est vécue différemment par rapport à l'extérieur de la prison, soit sous forme de sous-stimulations ou de sur-stimulations.

a. Les conditions matérielles

⁵ CNRTL. (2012). Portail lexical, Lexicographie, « dé- », repéré le 13 août 2019 à <https://www.cnrtl.fr/definition/dé->

La prison offre des conditions matérielles aux détenus assez déplorables. Cela se remarque à plusieurs niveaux. D’abord, les conditions d’éclairage, la proximité des murs (Milhaud, 2017) et les faibles possibilités de sortie sont pour l’œil difficiles à gérer. De plus, la nourriture est rarement fraîche et est comparée à de la nourriture pour chien (Ross & Richards, 2002). Cela est à relativiser puisqu’à présent, certaines firmes spécialisées préparent les repas des personnes incarcérées dans certaines prisons. Ensuite, le bruit constant induit par les bruits de portes, les pas, les télévisions, les musiques, etc. ont également un impact sensoriel non négligeable. Enfin, l’odeur carcérale peut également être blâmée. En effet, les siècles passent, les bâtiments persistent. En Belgique, certains établissements pénitentiaires datent du 19^e siècle. C’est notamment le cas de la prison de Namur, d’Arlon ou des prisons bruxelloises. Depuis presque deux siècles, les détenus occupent ces lieux et la vie carcérale bat son plein, imprégnant les murs d’odeurs, les barreaux de rouille et écaillant les plafonds. Dès lors, des impacts aux niveaux olfactif ou tactile pourraient se produire. Mentionnons tout de même que les nouveaux bâtiments ne sont à l’abri de la détérioration, ils attendent simplement que le temps fasse son effet (Gonin, 1991). Comme disait Churchill, « Nous façonnons nos bâtiments, ceux-ci à leur tour nous façonnent ».

b. Des mouvements contrôlés

i Contrôle dans l’espace

Enfermé dans une cellule de neuf mètres carré, l’individu est privé de sa liberté de mouvement et de déplacement (Milhaud, 2015 ; Sykes, 2007) : sa mobilité est extrêmement réduite. Comme le précise Moran (2016, p. 75) :

In respect of prisoners’ ability to physically move around and access resources and facilities, mobility within institutions is closely connected to a limited degree of autonomy, the realization of potentials, and ultimately, the nature of ‘freedom’ within incarceration.⁶

⁶ En ce qui concerne la capacité des détenus à se déplacer physiquement et à accéder aux ressources et aux installations, la mobilité au sein des établissements est étroitement liée à un degré d’autonomie limité, à la réalisation du potentiel et, en fin de compte, à la nature de la « liberté » en incarcération.

Le Breton (1990, p. 110) rajoute l'exiguïté des « cités-dortoirs », qui peuvent être comparées aux cellules, qui « entrave aussi leurs [des hommes] déplacements, les prive de s'isoler un moment ».

Ce contrôle dans l'espace empêcherait donc le corps de se déployer et réduit à bien peu ses occasions de profiter de stimulations sensorielles.

ii Dissociation du couple voir/vu

De plus, l'architecture de la prison est conçue pour réguler le niveau de déviance par la surveillance, le confinement et le contrôle (Feeley & Simon, 1992). En Belgique, deux modèles sont représentés : le modèle de Ducpétiaux et celui de Ducpétiaux revisité (Scheer, 2013)⁷. Dans les deux cas, la surveillance, qu'elle soit humaine et/ou technologique est de mise. Le modèle de Ducpétiaux est une relecture du Panoptique benthamien, mais est fondé sur une architecture en étoile à quatre branches. Au centre est installé un surveillant, ayant une vue sur toute la prison mais cette possibilité de regard est à sens unique (Scheer, 2013). Comme le précise Foucault (1975, p. 203), « le panoptique est une machine à dissocier le couple voir-être vu : dans l'anneau périphérique, on est totalement vu, sans jamais voir ; dans la tour centrale, on voit tout, sans être jamais vu ». La surveillance humaine est donc d'application dans ce modèle. Le modèle Ducpétiaux revisité se base quant à lui sur une surveillance technologique. Dès lors, le détenu est surexposé, surveillé en permanence et ne peut y échapper.

Lors des promenades, le même stratagème est utilisé. Les détenus sont enfermés dans une cour dont l'architecture est pensée pour éviter le contact visuel entre détenus mais faciliter le regard du surveillant vers le détenu (Milhaud, 2017). Par exemple, il existe une cour par quartier pour ne pas que les différents quartiers se rencontrent dans la cour. Cette architecture et par conséquent, cette dissociation empêche donc le détenu de pouvoir se déplacer librement, sans que tout ne soit contrôlé par le surveillant. A nouveau, ce contrôle empêche l'individu de se mouvoir dans un environnement déjà bien pauvre sensoriellement (Lhuillier, 2007, p. 449).

⁷ Nous reviendrons sur ces deux modèles. Pour plus d'informations à ce sujet, lire Scheer, D. (2013). Le paradoxe de la modernisation carcérale. Ambivalence du bâti et de ses usages au sein de deux prisons belges. *Cultures & Conflits*, (90), 95-116. <https://doi.org/10.4000/conflits.18743>

c. *Pratiques en rapport avec l'architecture*

i Utilisation des fenêtres

La cellule est composée d'une petite fenêtre, offrant une vue variable selon l'emplacement de la cellule. Alors qu'elle pourrait être considérée comme un simple élément architectural, elle pourrait en réalité aider le détenu à retrouver une certaine profondeur du champ de vision, qui est très restreint dans ce milieu (Auvert, 2003). Cependant, différents types de comportements existent par rapport à cette fenêtre. Certains détenus refusent tout contact avec l'extérieur, ils se plongent dans une bulle pour faciliter l'acceptation de l'enfermement (Milhaud, 2017). Ils restent donc entre quatre murs, avec un champ de vision très restreint amplifié par la proximité des murs. La fenêtre ne leur est donc d'aucune utilité. D'autres utilisent cette fenêtre, soit pour simplement stimuler leur vision, soit pour retrouver de la végétation, soit pour réellement profiter de la vue et s'évader de l'enfermement (Milhaud, 2017). Mais l'architecture revient au galop, offrant une vue différente selon l'emplacement de la cellule :

Selon l'agencement architectural de l'institution, la vue, tournée vers l'intérieur dans les espaces collectifs des unités de vie, peut s'ouvrir vers l'extérieur depuis les fenêtres sécurisées des chambres. Mais, en fonction du lieu, ces fenêtres peuvent aussi confiner le regard dans la cour de l'institution ou dans l'enceinte du domaine qui lui est réservé, lorsque les hautes clôtures sont occultées pour empêcher le contact visuel, par exemple, avec les détenus adultes de la prison d'à côté. (Jaspart, 2016, p. 254)⁸.

Dès lors, même pour ceux qui souhaitent utiliser l'ouverture vers le dehors comme une ressource pour leurs yeux, l'emplacement de leur cellule décidera de l'accomplissement de leur but ou non. Cependant, Milhaud (2017, p. 200) ajoute que « ce rapport à l'extérieur dépend finalement peu de l'emplacement de la prison » en décrivant l'exemple d'un détenu face à la mer qui trouvait le paysage « fade ». A la suite de ces propos, une hypothèse pourrait être faite : quelle que soit la vue qu'offre la fenêtre, le

⁸ Jaspart étudie les adolescents incarcérés. L'architecture n'est donc pas la même que dans les prisons. Par exemple, les cellules pour adultes dans les établissements belges n'offrent pas de vue sur les espaces collectifs.

paysage ne change pas, l'habitation décrite plus haut pourrait donc se produire, sous-stimulant la vue et pouvant alors contribuer à l'apparition de troubles visuels.

ii Adaptations pratiques selon vétusté

La vétusté des anciens modèles architecturaux nécessite effectivement une certaine adaptation des pratiques. Comme le précise Demonchy (2000, p. 159), « Conçue pendant deux siècles pour servir une doctrine où tout était imposé au détenu, depuis son isolement cellulaire jusqu'à ses moindres mouvements vers des activités obligatoires, l'architecture carcérale a généré des pratiques fermement ancrées dans la culture pénitentiaire » ; mais ces pratiques doivent à présent s'adapter au temps.

David Scheer, chercheur à l'Université Libre de Bruxelles a mené une recherche ethnographique visant à comparer deux prisons belges. L'une, de type Ducpétiaux est représentée en étoile à quatre branches. Le but est la rétribution, la prévention et l'amendement par la cellularité. L'autre est de type « Ducpétiaux revisité » (Scheer, 2013). Elle est architecturalement caractérisée par une « hypersectorisation des espaces » dont le but est la gestion des risques, la sécurité. Scheer (2013) démontre par cette recherche le paradoxe de la modernisation carcérale et l'ambivalence du système carcéral au travers de l'architecture. Le chercheur découvre que les détenus préfèrent séjourner dans une prison ancienne plutôt que moderne. En effet, dans les anciennes prisons, certaines pratiques doivent s'adapter suite à la vétusté caractéristique de la prison à tel point que le règlement interne devient du « bon sens », accepté de tous mais légalement incorrect. Dès lors, la confiance règne, la prison est caractérisée par la familiarité présente au sein des murs. Concernant les nouveaux bâtiments, certains pensent qu'étant donné qu'ils sont adaptés aux objectifs, modernes et hygiéniques, ils représentent un « modèle des prisons cinq étoiles ». Cependant, la modernité ne réglerait pas tous les problèmes. Comme le précise Scheer (2013, p. 99), « il existe également un paradoxe interne au sein même des établissements entre les usages prescrits (dans le projet de conception, et dans les attentes de l'administration pénitentiaire) et les effets réels de la configuration des

⁹ Pour une description plus détaillée de ce modèle, voir Adam, C., Cauchie, J.-F., Devresse, M.-S., Digneffe, F. & Kaminski, D. (2014). *Crime, justice et lieux communs. Une introduction à la criminologie*. Bruxelles : Larcier.

lieux ». En effet, les effets sur les détenus seraient différents de ceux escomptés. L'avis des détenus semble unanime : ce nouveau modèle déshumanise. L'ambiance et la familiarité retrouvées dans les anciennes prisons semblent nettement préférées par rapport au confort et à la sécurité. Le tutoiement entre les gardiens et les détenus est remplacé par un vouvoiement, des interactions superficielles mais surtout un isolement quasi permanent, supprimant tout contact chaleureux. La déprivation sensorielle est donc d'autant plus forte : moins de contacts, plus d'isolement. Scheer (2013, p. 109) résume ces propos lorsqu'il dit : « Le cloisonnement spatial, la segmentation des lieux, le retranchement technologique (les agents étant de moins en moins en contact direct avec les détenus) et la sophistication du contrôle déshumanisent la détention ». Dès lors, alors que l'on pourrait penser que les prisons modernes sont plus confortables et plus humaines, les détenus préfèrent séjourner dans de vieux établissements, pour éviter l'isolement extrême, caractérisé par une réduction des stimulations sensorielles, utilisé suite à l'injonction de sécurité.

d. La surpopulation

La surpopulation en prison est un problème assez médiatisé en Belgique. Jan de Cock, travailleur social ayant fait le « tour du monde des prisons », a visité 163 prisons. Il est passé par tous les continents et remarque que chaque prison présente ses propres problèmes : la faim, la maladie, la soif, le SIDA, les sauterelles, les rats, etc. (Legrand, 2011). Après ces expériences, il déplore tout de même encore le système carcéral belge et pointe notamment le problème de la surpopulation. A Anvers, 752 prisonniers pour 440 places (Legrand, 2011) ; à Saint-Gilles, 800 détenus pour 549 places (Sax & Berquin, 2019). D'ailleurs, après sa septième visite périodique, le Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe dénonce encore les conditions dans les prisons belges¹⁰. Malgré quelques efforts concernant la surpopulation, celle-ci reste encore très présente, notamment dans les prisons plus anciennes (Conseil de l'Europe, 2018). Dès lors, dans une cellule conçue

¹⁰ En référence à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales de 1950, stipulant que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

pour deux personnes, ce sont souvent trois personnes qui sont amenées à cohabiter, avec une toilette par cellule.

Cette situation cause par conséquent une privation d'intimité (Bessin & Lechien, 2002). Comme l'avancent Chamond, Moreira, Decocq et Leroy-Viémon (2014, p. 678), « la rétraction de l'espace vital partagé contre son gré transforme la proximité à l'autre en promiscuité plus ou moins persécutrice ; elle viole l'espace intime, porte atteinte à l'intégrité du moi et altère les lois de la proxémie ». Les détenus tentent alors de trouver un refuge ¹¹ (Goffman, 1968), c'est-à-dire une zone personnelle, intime, auquel seul le détenu a accès. Cela peut représenter une chaise, un lit, une couverture. Ce refuge est une règle implicite, mais l'enfreindre peut provoquer certains problèmes. L'illustration mentionnée par Fabienne Brion (communication personnelle, LCRIM 2106, 2018) est assez explicite : dans une prison à Forest, en Belgique, un détenu s'est assis sur le lit d'un autre sans autorisation et s'en est suivi une violente dispute. La personne a pris ce geste comme une effraction dans son dernier lieu de retranchement. Le moindre espace intime que peut retrouver une personne enfermée avec d'autres n'est donc pas à négliger.

Enfin, cette surpopulation et le manque d'intimité qui s'en suit induisent également des carences en hygiène (Lemiszewska & Lhuilier, 2001, p. 100), contribuant à l'odeur carcérale. Des lavabos sales, des toilettes sans siège, de la nourriture avariée, etc. (Goffman, 1968). Ces exemples illustrent au final un manque d'hygiène. Bien que la littérature ne mentionne pas de déprivation d'hygiène en tant que telle, les informations recueillies permettent d'avancer que les détenus sont bel et bien privés d'hygiène. D'autres exemples permettent de le confirmer : les draps qui ne sont lavés qu'une fois par an alors qu'ils sont utilisés par plusieurs détenus (RTBF, 2017), des douches trop froides ou trop chaudes, des aliments périmés (Observatoire international des prisons [OIP], 2014), les microbes, les insectes ou virus (Gonin, 1991) qui règnent en détention. De plus, la vétusté des bâtiments, la promiscuité, la limitation du nombre de douches sont des facteurs qui empirent cette condition de propreté dans les établissements pénitentiaires (Trouillard Perrot, 2007). Les douches sont effectivement une grande cause du manque d'hygiène. Selon le Docteur Gonin, 81% de la population pénitentiaire n'a le droit de se

¹¹ Le refuge est ici utilisé en référence aux terrains de manœuvre évoqués par Goffman. Il évoque le fait que la prison regroupe plusieurs espaces : l'espace extérieur aux limites de l'établissement ; l'aire de surveillance ; les zones franches aux seins desquelles il existe des territoires réservés ; et enfin le refuge.

laver que deux à trois fois par semaine, dans des douches dont la propreté laisse à désirer. La mauvaise aération et l'humidité font de la douche un endroit malsain. Leur état, avec des murs cassés, l'absence de pommeau de douche, un sol en ciment, laisse également à désirer (Gonin, 1991). Cette carence en hygiène a un impact principalement sur l'odorat puisqu'elle contribue aux mauvaises odeurs dans la prison, mais gardons à l'esprit que les sens en général ne peuvent s'épanouir pleinement dans de telles conditions.

La surpopulation implique dès lors d'autres phénomènes : le manque d'intimité et d'hygiène. Au niveau sensoriel, le bruit et les odeurs sont nettement plus prégnants.

e. Conclusion

L'environnement physique enferme donc le détenu dans un espace contraint, contrôlé dans l'espace. Sa liberté d'action est fortement mise en danger puisque le contrôle des mouvements, la dissociation du couple voir-vu ainsi que le modèle de Ducpétiaux revisité imposent au détenu un rapport de surveillance permanent. Ses moindres faits et gestes sont contrôlés. De plus, les conditions matérielles ainsi que la surpopulation et la privation d'hygiène et d'intimité qui y sont associées ne laissent aucune chance au détenu de retrouver une sensorialité épanouie.

3.1.2. Environnement social

L'institution pénitentiaire prend l'individu et l'isole du reste du monde. Ses zones d'autonomie sont supprimées, la multiplicité de ses rôles en société est réduite à néant et ses communications avec l'extérieur sont limitées (Goffman, 1968), avec notamment un courrier surveillé, un téléphone sur écoute ou simplement l'interdiction du portable (Milhaud, 2015). Les visites sont également limitées. Cet isolement social est d'ailleurs utilisé comme une technique de mortification de la part de l'institution, qui a pour but de soumettre le corps de l'individu à des humiliations pour modifier sa personnalité (Goffman, 1968)¹².

¹² L'institution impose à la personne entrant en prison des dégradations et des humiliations qui vont profondément mortifier la personnalité du détenu. Goffman liste six techniques : l'isolement, les

a. *Les visites*

Revenons sur la restriction des visites, qui contribuent grandement à l'isolement social puisque l'administration pénitentiaire définit des heures, et des limitations de jours de visite. En effet, le détenu ne peut voir ses proches qu'à des moments prédéfinis (Touraut, 2009), variables selon les institutions. En fonction du statut du détenu, les visites à tables et au parloir ordinaire sont prévues tous les jours à des heures précises ou trois fois par semaine dont le weekend (Loi de principes, 2005, art. 58 §1&2). Concernant spécifiquement les visites conjugales, elles sont prévues minimum une fois par mois pendant deux heures, à condition que la personne soit son conjoint, cohabitant légal ou de fait (Loi de principes, 2005, art. 58 §4 et art. 59 §1). Nous pensons alors ici à la privation d'hétérosexualité avancée par Sykes (2007) puisque la plupart des prisons sont unisexes (Ross & Richards, 2002) ; seules ces visites permettent d'entretenir des relations hétérosexuelles. Mais cela est à nuancer. Milhaud (2015) supprime d'ailleurs ces privations de la liste. Lors de l'incarcération, les contacts avec les proches du détenu semblent se fragiliser (Cooke, 2014 ; Touraut, 2009 ; Comfort, Grinstead, McCartney, Bourgois & Knight, 2005), suite à certaines barrières au maintien du lien telles que la délocalisation de certaines prisons, le transfèrement des détenus (OIP, 2008) ou les répercussions sociales telles que la stigmatisation (Black, 1992; Chamberlain, 2015; Comfort, 2003; Cooke, 2014; Touraut, 2012). Les visites pourraient donc se faire encore plus rares, en fonction de la volonté du proche. Si le lien persiste, les difficultés perdurent à l'intérieur des murs, à cause d'une surveillance extrême. Les gardiens veillent à ce que les visites se passent dans les règles, c'est-à-dire une embrassade au début ou à la fin des visites, sous la surveillance du gardien (Comfort, et al., 2005). La « sensation de peau contre peau » (Gonin, 1991) est donc difficile à obtenir. Ce manque de possibilités de contact chaleureux et corporel priverait donc la personne de ces stimulations.

Cette pauvreté des contacts laisserait donc place à une forme d'isolement social, enfermant le détenu dans une vie sensoriellement pauvre, puisqu'il est privé de tout

cérémonies d'admission, le dépouillement, la dégradation de l'image de soi, la contamination physique et la contamination morale (Goffman, 1968)

contact physique, de l'odeur de parfum de sa compagne ou de ses enfants, de la vue de leur beauté ou encore leurs voix sensuelles.

b. Offre de travail

Le travail en société libre aurait des bienfaits sur la santé mentale. En effet, il procurerait un revenu, promouvrait des interactions sociales (Lhuilier, 2006) et augmenterait l'estime de soi (Lhuilier, 2006). En prison, le travail est un privilège (Beernaert, 2007). Le travail pénitentiaire est réservé pour les condamnés à des peines criminelles à temps ou à des peines correctionnelles. Les condamnés à des peines contraventionnelles, qui représentent 34 101 détenus sur 645 336 en 2016 ne sont donc pas concernés (Justice Gouvernementale, 2017). Les détenus en détention provisoire ne peuvent également pas en bénéficier. L'accès au travail est donc restreint.

Pourtant, en plus de l'émancipation économique (Kalica, 2015), d'un sentiment de reconnaissance de la part des autres et de lui-même (Dufaux, 2010), le travail permet d'échapper à l'enfermement cellulaire total. En effet, dans la section particulière réservée à cette activité, les portes des cellules sont ouvertes douze heures par jour (Dufaux, 2010 ; Kalica, 2015), les douches sont quotidiennes (Dufaux, 2010) et la surpopulation n'existe pas (Kalica, 2015). De plus, comme pour la société libre, le travail pourrait promouvoir les interactions sociales entre détenus.

Dès lors, les offres de travail sont moindres en détention, mais pourraient toutefois permettre aux détenus d'entretenir des relations sociales avec d'autres détenus, mais également de se mouvoir dans la prison, offrant une diversité de stimulations.

c. Conclusion

Bien que les détenus soient en contact quasi-permanent avec leurs codétenus, leur sociabilité est tout de même réduite à bien peu. Effectivement, les restrictions de visites et les moindres possibilités de travail laissent le détenu face à des sensations sociales assez limitées. Alors que le regard, l'odeur ou la parole d'un autre que son

codétenu pourrait procurer à l'individu une sensibilité différente, il est cloîtré dans sa cellule et tout contact, qu'il soit corporel ou autre, est fortement réduit.

3.1.3. Environnement psychologique

a. Fouilles

Lors de l'entrée en prison mais également lors de chaque mouvement collectif, des fouilles sont réalisées (Lemiszewska & Lhuilier, 2001 ; Scheer, 2013). Ces fouilles incessantes produisent un impact psychologique énorme sur le détenu puisqu'elles l'humilient (Chamond et al., 2014). Cette humiliation peut entraîner une atteinte à la dignité de la personne¹³. La sensation du toucher, déjà faible en détention, est donc associée à ces palpations parfois violentes (Scheer, 2013). Les fouilles associent donc ces stimulations tactiles à un sentiment désagréable d'humiliation.

b. Un vieillissement accéléré

Enfin, bien que le corps soit chosifié en prison (Baillette, 1997 ; Chamond et al., 2014)¹⁴, il persiste et vieillit. La moyenne d'âge est de 34,4 ans (Le Point, 2012), mais la proportion de détenus âgés augmente, principalement suite au prolongement des peines (Brillet, 2013 ; Moran, 2016 ; Shantz, 2012). Des détenus de 50 ans et plus sont alors souvent retrouvés en prison (Handtke, Bretschneider, Wangmo & Elger, 2012) et des études constatent que la santé de ces personnes n'est pas la même que celles en liberté du même âge, car l'incarcération provoque un « vieillissement accéléré » de 10 à 15 ans (Handtke et al. 2012 ; Moran, 2016 ; Shantz, 2012). Or les troubles sensoriels atteignent

¹³ La dignité est devenue le but ultime du droit (Fabre-Magnan, 2007). Selon Fabre-Magnan, « *le principe de dignité pose la valeur infinie, c'est-à-dire non calculable, de la personne humaine, ainsi que l'égalité de valeur de tous les êtres humains* » (Fabre-Magnan, 2007, p.11). L'humain est donc doté d'une valeur qu'il faut reconnaître chez tout un chacun, de façon égale

¹⁴ En détention, « Contraindre le corps dans un temps et un espace imposé fait du corps du prisonnier le terrain d'un conflit d'appropriation qui bouleverse la dialectique entre corps-sujet et corps-objet. » (Chamond et al., 2014, p. 674). Dès lors, nous faisons ici référence au fait que le corps du détenu appartient à l'institution et non plus à la personne. Par ses différentes privations, la prison s'empare du corps-sujet pour ne laisser plus qu'un corps-objet.

principalement les personnes âgées (Foguem et al., 2011)¹⁵ ; le vieillissement pourrait donc être une cause de détériorations sensorielles (Rolland, Dangoumau & Bellaich, 2015). C'est en tout cas le cas pour la vue (Désesquelles, 2005), le toucher (Mias, 1992), le goût et l'odorat (Nicard, 2017). En prison, cela est tel que Gonin rapproche l'entrée en prison avec le vieillard que l'on place en maison de retraite (Gonin, 1991).

c. Conclusion

L'environnement psychologique spécifique à la prison est donc plutôt particulier. Les fouilles réalisées sur les détenus quotidiennement imposent une ambiance intense puisqu'elles atteignent à la dignité de l'individu, elles l'humilient. De plus, par ses contraintes décrites dans cette section, le milieu carcéral accélère le vieillissement de la personne détenue. Les personnes âgées étant connues comme étant perturbées sensoriellement, le même raisonnement peut être appliqué aux détenus.

3.1.4. Conclusion

Les trois environnements physique, social et psychologique existants en prison ont donc un impact sur la sensorialité du détenu. Le milieu est finement contrôlé et offre très peu de possibilité de perception puisque les stimulations sont insuffisantes ou dans certains cas, sont au contraire exacerbées, violentes ou trop intrusives.

De plus, ce milieu particulier sur le plan sensoriel est à différencier des expériences sur l'isolation sensorielle explicitées plus haut (Hebb & Heron, 1955 ; Lilly, 1956). C'est notamment le cas au niveau des stimulations extérieures (Lilly (1956) est coupé de toute stimulation externe), du consentement (dans les deux expériences, les sujets étaient volontaires et consentants) et surtout de la durée (les expériences ont duré maximum quelques jours, les détenus sont parfois condamnés à des peines allant jusqu'à la perpétuité (Code Pénal, 1867, art. 8)). Ces précisions démontrent que le contexte du

¹⁵ Les troubles sensoriels sont également fortement présents chez les enfants autistes (Stanciu & Delvenne, 2016). D'ailleurs, le DSM 5 reconnaît actuellement l'hyper et hyposensibilité comme critère du trouble du spectre de l'autisme (Miller et al., 2014).

milieu étudié est à prendre en considération, l'expérience d'isolation ou de déprivation sensorielle pouvant être vécue différemment.

3.2. Évolution des cinq sens

La vue, l'odorat, le toucher, le goût et l'ouïe, sont soumis à des stimulations soit très faibles, soit répétitives. Cette répétition rythme le quotidien : même nourriture, mêmes odeurs, même vue, mêmes bruits et mêmes objets. Cela rappelle le phénomène d'habituation décrit dans le premier point ; qui pourrait alors s'appliquer au cadre carcéral.

A ce sujet, il est important de noter les limites de la littérature scientifique. En effet, la place des cinq sens en détention ne fait pas l'objet d'étude scientifique récente. Les dernières datent principalement des années 90 ou début des années 2000. Ceci dit, l'étude de Scheer réalisée en 2013 sur la modernisation carcérale démontre que le principe d'enfermement est toujours le même, sinon pire, selon les détenus. Ce point permettra de définir l'évolution des cinq sens dans cet environnement particulier.

3.2.1. La vue

Alors que la vue est le sens qui a le plus de valeurs dans les sociétés occidentales (Le Breton, 2006), elle est le sens qui serait le plus perturbé au sein des établissements pénitentiaires (Gonin, 1991). Cependant, une nuance entre les premiers jours d'incarcération et la période qui suit est à établir.

a. La vue durant les premiers jours d'incarcération

Durant les premiers jours d'incarcération, la vue serait très mobilisée par les détenus (Milhaud, 2017). Cela pourrait être expliqué par le réflexe d'orientation développé par Sokolov (Keen Clifton, 2001). En effet, cet auteur avance que la

déshabitude se produit en réponse à un nouveau stimuli. Cette réaction à la nouveauté est caractérisée en détention par l'observation de l'architecture de la prison, du fonctionnement des surveillants, des codétenus, etc. (Milhaud, 2017).

b. La vue après quelques jours passés en milieu carcéral

Une fois que les lieux sont repérés, l'œil est soumis à un champ de vision invariable et qui plus est, sans horizon possible. Le détenu se retrouverait alors dans ce que Sokolov appelle le phénomène d'habituation ; c'est-à-dire « une diminution des réponses suite à une présentation répétée d'un même stimulus » (Keen Clifton, 2001, p. 9). Enfermés entre quatre murs, la seule vision qu'ils ont sont les objets de leur cellule (lit, bureau, évier, etc.), leur(s) codétenu(s) et une petite fenêtre, qui donne sur des endroits différents selon l'emplacement de la prison. Dès lors :

L'incarcération du regard, en permanence écourté par la proximité des murs et des cloisons, oblige l'œil à s'accommoder aux courtes distances, et ne lui permet pas de se reposer sur l'horizon. La fatigue de l'organe se double du découragement né de son inutilité. (Gonin, 1991, p. 90).

Gonin (1991) poursuit son analyse grâce à la recherche systématique qu'il a réalisé auprès de 1000 détenus entrant en prison, durant leur première année de détention. Il avance que 31% des détenus ont l'impression que leur vue ne cesse de baisser durant les quatre premiers mois d'incarcération. Après une année, 50% rapportent cette impression (Gonin, 1991). Shantz évoque notamment le développement de myopies (Shantz, 2012). Le manque de luminosité et de profondeur aurait également un impact sur la vision, provoquant une « souffrance oculaire », augmentant proportionnellement avec le temps de détention (Auvert, 2003, Les cinq sens mutilés, para. 2). Pour résumer, le détenu est contraint à un champ de vision restreint qui réduirait sa capacité visuelle.

3.2.2. L'odorat

Alors qu'il était le sens premier de l'homme, la verticalisation de ce dernier a placé l'odorat au second plan (Freud, 1971). « L'odorat est bel et bien le cinquième sens aux yeux de la foule » (Jacquet, 2010, p. 1), il est devenu sous-développé chez les

l'humain, le vocabulaire associé est très pauvre. Ce sens, bien que socialement construit (Jacquet, 2010 ; Le Breton, 1990), peut modifier profondément nos comportements.

En détention, l'odorat serait le premier sens à être inhibé (Gonin, 1991). Le fait que la prison ait une odeur particulière est assez explicité dans la littérature (Gonin, 1991 ; Lemiszewska & Lhuilier, 2001 ; Milhaud, 2017). Elle regroupe un mélange de différentes odeurs : les nettoyeurs, la nourriture, l'humidité, les moisissures, le tabac refroidi (Gonin, 1991, p. 18), les carences en hygiène (Lemiszewska & Lhuilier, 2001, p. 100), l'odeur de l'autre (Auvert, 2003 ; Le Breton, 2006), etc. Toutes ces odeurs règnent et s'incrument dans les murs de la prison (Gonin, 1991). Il est impossible d'y échapper, elle pénètre notre intimité (Jacquet, 2010). Le Breton (2006, p. 253) explique d'ailleurs que « détachée de sa source comme un son, flottante dans l'espace, elle [l'odeur] pénètre l'individu sans qu'il puisse s'en défendre ».

Dans un contexte de surpopulation et de promiscuité, l'odeur de l'autre est très marquée. Or, « chaque individu enfermé dans sa bulle olfactive (que lui-même ne sent pas) semble ne pouvoir tolérer l'intrusion d'une odeur corporelle autre que la sienne dans son espace intime, à moins que celle-ci ne soit déjà connue et familière. » (Le Breton, 1990, p. 122). De la même manière, « en dépit de tous les progrès accomplis par l'homme au cours de son développement, l'odeur de ses excréments ne le choque guère alors que seule le choque celle des excréments d'autrui » (Freud, 1971, p. 51). Dès lors, ce contexte de surpopulation dans une cellule de quelques mètres carrés composée d'une toilette voire d'un seau pour satisfaire ses besoins naturels, impose aux individus les odeurs de leur(s) codétenu(s) ; ils ne peuvent y échapper. Comme le précise Jacquet (2010, p. 87), « sentir l'autre ou être senti par lui, c'est toujours découvrir la part intime d'un être et pénétrer dans son intériorité ». Cette pénétration intime de l'individu est une intrusion de plus que subit l'être de l'individu. L'odeur détruit la limite entre l'espace intérieur et extérieur et incarne l'esprit des détenus (Jacquet, 2010).

Ces différentes émanations entraîneraient une « anesthésie progressive et quasi définitive de l'odorat » (Auvert, 2003, Les cinq sens mutilés, para. 4). Gonin (1991) prend pour exemple la fois où un nouvel aftershave a été distribué en prison. Après quelques temps, les infirmières ne supportaient plus cette odeur. A ce moment, certains détenus, étonnés, ont demandé ce que sentait ce produit. Cette perte d'olfaction arriverait dès les

premiers mois de l’incarcération et plus particulièrement après quatre mois de détention pour 31% des détenus de l’échantillon. Quatre mois plus tard, le chiffre passe à 40% (Gonin, 1991, p. 87). Dès lors, comme le résume Auvert (2003, Les cinq sens mutilés, para 4) : « À trop sentir (odeurs sui généris, sueur, excréments, urine, remugles locaux d’origines diverses : murs-moisiss, alimentation avariée...), on finit par ne plus rien sentir, par ne plus pouvoir se sentir les uns les autres. ».

3.2.3. Le toucher

Le toucher est un besoin nécessaire pour l’homme et son bien-être physique et mental (Montagu, 1971). Il est « le seul sens indispensable à la vie, le toucher est la souche fondatrice du rapport de l’homme au monde » (Le Breton, 2006, p. 177). En détention, il est « quasi-inexistant » (Auvert, 2003). Il se limite effectivement à la fouille, aux rares visites conjugales et aux objets de la cellule, invariables. La sensation de toucher est donc associée à des stimulations désagréables. Pour éviter cette sensation, deux hypothèses sont avancées par la littérature : d’un côté, la personne peut désensibiliser ce sens. Elle va se « déshabiter partiellement » (Trouillard Perrot, 2007, p. 55) de son corps. Trouillard Perrot (2007, p. 55) rajoute que « la coercition pénitentiaire portant d’abord et par essence sur le corps du condamné, c’est peut-être en désinvestissant celui-ci que le détenu trouve, inconsciemment, le plus subtil mécanisme de soustraction à la contrainte, de défense contre la « carcéralité »¹⁶ de la totalité de son être ». Ce désinvestissement entendu comme une désensibilisation du toucher va de pair avec ce que Gonin (1991) appelle une insensibilité tactile. De l’autre côté, Schumacher (2007, p. 264) fait l’hypothèse d’une aversion au toucher : « Ils ne veulent pas se faire toucher, ils ne savent plus toucher ; ils perdent parfois la surprise d’une sensation tactile spontanée, perçue en tant qu’agression renouvelée du corps, devenue la seule vraie chose à protéger ». Dès lors, les stimulations corporelles dont les détenus disposent leur rappelleraient l’enfermement (Gonin, 1991), ce qui pourrait avoir un impact allant d’une aversion au toucher à une insensibilité tactile.

¹⁶ La carcéralité est un terme avancé par Lhuilier qui le définit comme étant une « *expérience subjective de la détention et ses liens avec cette concentration de symptômes psychopathologiques dans les établissements pénitentiaires* » (Lhuilier, 2007, p. 447). L’auteure affirme que la carcéralité menace l’intégrité à la fois physique et psychique du détenu.

3.2.4. Le goût

Le goût et par la même occasion l'odorat, procurent une sensation de plaisir ou de déplaisir à l'individu (Teil, 1998, p. 503). L'odorat est mentionné dans ce point car lorsqu'il est endommagé, 90% du goût de l'aliment disparaît également (Lebreton, Hazif-Thomas & Thomas, 1997). Le système gustatif permet également au sujet d'assurer sa survie, en l'empêchant d'ingurgiter un poison amer par exemple (Kronndl, 1990). En prison, les menus à l'ordre du jour ne varient plus. Ils sont caractérisés par des féculents tels que des petits pois ou des pois chiches, le pain est humide, les oranges sont sèches, la nourriture est froide et les petites fringales sont supprimées (Gonin, 1991). Les quatre goûts fondamentaux, à savoir le sucré, salé, l'amer et l'acide, sont rarement retrouvés, ce qui pourrait provoquer une diminution gustative suite à cet effet d'habituation décrit plus haut.

3.2.5. L'ouïe

Au sein des murs règne un brouhaha constant. Les codétenus qui parlent entre eux, la radio de l'un, la télévision de l'autre, mais également les bruits de portes, de clés, de pas, etc. (Frigon, 2012 ; Shantz, 2012). Ross et Richards (2002) comparent d'ailleurs ce milieu avec celui d'une grande surface ou un centre commercial. Il est impossible d'y échapper : « Si la vue, le toucher ou la gustation impliquent la souveraineté de l'homme, l'ouïe est sans défense devant l'intrusion de la sonorité pénible de l'extérieur. » (Le Breton, 2006, p. 126). Dès lors, l'évolution de l'ouïe est compromise. Deux hypothèses prônent à ce sujet au sein de la littérature : d'un côté, l'hypothèse de l'inhibition de l'ouïe est avancée ; de l'autre, c'est une exacerbation de l'ouïe qui est mentionnée.

a. Diminution de l'ouïe

Frigon (2012) et Shantz (2012) postulent une possible diminution de l'audition due à la constance de ces bruits, une hypothèse qui s'accorde avec le phénomène d'habituation évoqué pour les autres sens. En effet, l'ouïe s'habituerait également aux stimulations toujours répétitives des bruits tels que la télévision, les conversations, etc.

Le Breton (1990, p. 113) va d'ailleurs dans ce sens lorsqu'il avance que « l'habitude du bruit en désamorce l'acuité ».

b. Exacerbation de l'ouïe

D'un autre côté, Gonin (1991, p. 92) affirme quant à lui une exacerbation de l'ouïe : « Aveugle mais pas sourd, le détenu est équipé d'un sonar pour naviguer en mer carcérale... ». Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'ouïe soit utilisée comme un instinct de défense, qui permet au détenu de se concentrer sur des bruits importants, qui peuvent avoir un impact sur lui. De Greeff (1947) affirme que les instincts de défense et de sympathie existent chez tout être humain, ils sont universels. Le mode de connaissance de défense est le fait de reconnaître l'autre comme un ennemi. Dans ce sens, le détenu reconnaît le gardien comme étant une menace mettant à mal son groupe social. La menace qui pèse entre les détenus et les gardiens est explicitée par Goffman (1968). En effet, dans l'institution totale, les reclus et le staff ont une représentation des membres de l'autre groupe comme désindividualisée, stéréotypée, hostile et réductrice. Cet instinct de défense pourrait aller de pair avec la vigilance, qui pour rappel, constitue un état de préparation à la détection d'évènements rares, dans des situations de longue durée sollicitant un contrôle attentionnel. Dès lors, cette vigilance combinée à un instinct de défense apportés aux bruits des gardiens pourrait expliquer l'exacerbation de l'ouïe.

Ce surdéveloppement de l'ouïe peut être illustré par l'exemple paradigmatique de la tique avancé par Debuyst (1985 cité dans Adam & Englebert, 2016). La tique, sourde et aveugle, utilise son odorat pour sa survie. Comme le précisent Adam et Englebert (2016), bien que Debuyst ne passe pas explicitement de l'éthologie animale à l'éthologie humaine, la notion d'instinct humain qu'il emprunte à De Greeff peut être interprétée comme un indice de ce passage. Dans le cas de ce mémoire, le détenu, en dépit de ses autres sens et notamment la vue puisque le détenu ne peut voir l'intérieur de la prison depuis sa cellule, utilise l'ouïe pour assurer sa survie. Par exemple, au lieu de se concentrer sur le bruit de la télévision, de la chasse d'eau ou du grincement des lits (Gonin, 1991, p. 20), le détenu se concentre sur les bruits de portes qui avertissent l'arrivée d'un gardien.

Mais les bruits métalliques des portes, les voix qui se rapprochent, les pas dans le couloir, sont autant de sonorités auxquelles l'ouïe semble s'habituer, guetter même, car elles peuvent annoncer la reprise du programme journalier, une sortie de chambre pour une activité ou une visite, la venue d'un directeur pour notifier une sanction... Ces sons donnent l'alerte : à l'approche d'un adulte, les discussions, voire les échanges matériels, menés entre jeunes par les fenêtres sont suspendus. (Jaspart, 2016, p. 258).

Dès lors, cette attention particulière accordée aux bruits spécifiques permet au détenu d'être attentif aux bruits indiquant l'arrivée d'un gardien, pour que le détenu puisse par exemple cesser une éventuelle activité illégale qu'il était en train de commettre. A force, l'ouïe s'améliorerait. Cette explication confirmerait les propos de La Brèche (2007, cité dans Jaspart, 2016, p. 258) lorsqu'il mentionne que « plus que partout ailleurs, les murs ont des oreilles ».

3.3. Conséquences

Cette sensorialité expérimentée en prison causerait trois manifestations majeures au niveau physique, financier et psychologique.

3.3.1. Conséquences psychologiques

a.angoisses

Ce milieu carcéral serait source d'angoisse pour les personnes incarcérées, principalement à cause du « dépouillement sensoriel » (Lhuilier, 2007), de la surstimulation dans certains cas et du non-respect des besoins fondamentaux.

Au début de la vie, l'enfant a besoin de sécurité, d'affectivité, d'attachement. L'expérience de Harlow et Zimmerman (1959)¹⁷, les études de Spitz (1945)¹⁸ ou encore de Bowlby (Pillet, 2007)¹⁹ le démontrent. Grâce à un environnement protecteur et fiable tel que préconisé par Winnicott, l'enfant peut explorer le monde sans angoisse d'abandon (Abram, 2018). Ces besoins sont encore présents à l'âge adulte, tel que le démontre Maslow. En effet, ce dernier a réalisé une pyramide des besoins permettant la réalisation de son potentiel, qui a été complétée par la suite. La synthèse qu'en a fait Stassen Berger (2008/2011) démontre qu'au sein de cette hiérarchie, les besoins d'exploration, de sécurité et d'appartenance en ce compris l'amour et l'affection se retrouvent respectivement à la deuxième, troisième et quatrième position, arrivant après les besoins physiologiques (Stassen Berger, 2008/2011). L'environnement carcéral ne permet pas d'accomplir ces besoins. Les stimulations nécessaires à l'exploration sont faibles, l'insécurité règne de par les conditions d'hygiène et les relations interpersonnelles, les sources de réconfort se font rares. Or, « les personnes qui atteignent le niveau d'actualisation de soi peuvent assumer leur solitude » (Stassen Berger, 2008/2011, p. 35). La solitude est très présente en détention, paradoxalement au contexte de surpopulation. Plus il y a de personnes dans une cellule, moins il y a d'espace possible. Et pour Chamond et al. (2014, p. 678), « la promiscuité induit une atmosphère d'hostilité latente et de menace et produit un vécu paradoxal de solitude sans possibilité d'isolement. ». Dès lors, la solitude non assumée fait de l'endormissement une période propice à l'angoisse d'abandon :

¹⁷ Harlow et Zimmerman (1959) ont fait l'expérience de mettre un jeune singe dans une cage avec deux mères de substitution : une en métal qui peut le nourrir, et l'autre plus douce, mais qui ne permet pas de le nourrir. Lorsque l'on introduit une situation de danger dans la cage, le singe se réfugie automatiquement chez la mère douce. Cela prouve donc que le singe a besoin de ce contact chaleureux pour explorer son environnement.

¹⁸ Spitz (1945) a étudié les carences maternelles précoces. Il démontre que la conduite de nourrissage n'est pas suffisante pour la survie de l'enfant ; des gestes affectifs sont également nécessaires. Il développe également le concept d'hospitalisme, dont les effets sont considérables si l'enfant a été privé de sa mère durant les 6 premiers mois de sa vie.

¹⁹ Bowlby a travaillé sur le lien primaire à l'attachement avec un intérêt sur les effets des carences précoces et sur les capacités de se détacher pour s'attacher (Pillet, 2007).

L'endormissement et le sommeil, processus fragiles et intimes de renoncement perturbés par l'enfermement et par la promiscuité qui, la nuit, intensifie l'angoisse. Les sentiments d'abandon, d'une dépendance extrême, d'être sans recours en font une période critique. (Lhuilier, 2007, p. 448)

ii Angoisses relatives à la sensorialité

Cette angoisse est moins réputée dans la littérature, mais il semble important de la mentionner puisque Le Breton (1990 ; 2006) et Lhuilier (2007) en touchent un mot et qu'elle est au centre du sujet de ce mémoire.

D'abord, Le Breton (1990, p. 112) mentionne le bruit comme source particulière de stress : « Le bruit est ce qui gêne le plus l'homme au long du quotidien, c'est le son élevé au rang de stress ». Il évoque également plus tard que lorsqu'il est impossible de voir ce qui se passe, l'angoisse est présente : « Un bruit, s'il est négligeable le jour, car aussitôt associé à un événement, devient plus énigmatique la nuit, s'il n'est pas familier il suscite volontiers l'angoisse » (Le Breton, 2006, p. 106). Dès lors, alors que le détenu n'a pas visuellement accès à ce qu'il se passe derrière les portes, le moindre bruit est source d'angoisse.

De plus, concernant Lhuilier, un passage est très révélateur :

Le dépouillement sensoriel en prison est une source d'angoisse, que les personnes incarcérées expriment en parlant de l'exacerbation ou, au contraire, de l'hypotrophie de leur sensibilité. La lutte psychologique, parfois dramatique, qu'elles engagent explicitement contre ce milieu austère et subi, mobilise une énergie qui se vide lentement ou qui explose dans des passages à l'acte automutilants ou encore suicidaires. (Lhuilier, 2007, p. 449).

La déprivation sensorielle aurait donc un impact sur la sensibilité des détenus à cause de l'angoisse qu'elle provoque. De plus, en vue d'une sur ou sous-stimulation des sens, l'individu recherche une reprise de contrôle sur son corps par des actes d'automutilations ou des actes suicidaires. Ce propos sera plus longuement abordé dans le point sur les stratégies échappatoires.

b. Impact sur l'identité

La prison s'empare de l'être du corps (Lemiszewska & Lhuilier, 2001) et laisse un corps vide d'esprit, d'identité et de dignité. Elle impose dès l'entrée, des dégradations et des humiliations qui vont profondément mortifier leur personnalité (Goffman, 1968). L'institution a pour but d'enlever l'identité de la personne pour lui en inculquer une particulière, relative au statut de détenu (Lhuilier, 2007). Pour Baillette (1997, p. 41), ce sont les déprivations sensorielles qui jouent ce rôle : « Les privations sensorielles ont pour fonction d'annihiler la volonté des détenus, de détruire leur identité, en les délabrant psychiquement et physiologiquement ». Vinet-Bonin (2013, p. 277) rajoute : « L'humiliation des fouilles à nu, l'enfermement sensoriel et l'isolement cellulaire marqueraient le corps incarcéré et lui donneraient le sentiment d'être invisible et de ne pas exister. ». Ces propos prouvent donc l'impact des déprivations sensorielles sur l'identité du détenu et son sentiment d'existence.

Lemiszewska et Lhuilier (2001, p. 9) renforcent les propos de Vinet-Bonin (2013) et ce sentiment d'inexistence : « Le bruit, les odeurs imposées, les regards omniprésents, l'exposition constante aux demandes, aux pressions des autres comme l'extrême dépendance pour les actes les plus mineurs favorisent un sentiment d'étrangeté à soi-même ». Le détenu ne se sentirait donc plus appartenir à lui-même à tel point qu'il pourrait désinvestir son corps progressivement (Trouillard Perrot, 2007). Trouillard Perrot (2007, pp. 53-54) conceptualise ce désinvestissement comme étant un « syndrome carcéral » dont une des causes est notamment l'altération sensorielle. Dès lors, les déprivations sensorielles semblent jouer un rôle important sur l'identité du détenu à tel point que ce dernier se désinvestit de son corps, pouvant mener à un repli, un « effacement de soi » (Veil & Lhuilier, 2000).

c. Syndrome de Ganser

Le syndrome de Ganser, appelé également « état crépusculaire hystérique » (Masson, communication personnelle [Présentation PowerPoint], LCRIM 2108, 17 février 2018) atteint principalement les hommes incarcérés pour une longue durée. Bien que peu étudié dans la littérature, ce syndrome serait spécifiquement lié à la déprivation

sensorielle et relationnelle lors des incarcérations. Une déstructuration du discours se produit alors, la personne ne sait plus répondre aux questions, même les plus simples. Cela est accompagné d' « hallucinations aiguës auditives et visuelles avec des troubles du comportement congruents à ces troubles perceptifs » (Quilichini, Rivet & Paulin, 2005, p. 313). Masson (communication personnelle [Présentation PowerPoint], LCRIM 2108, 17 février 2018) ajoute également des symptômes tels qu'une labilité émotionnelle, trouble du contrôle des émotions, réponses ou actes « à côté » avec une irritabilité intense ou des réactions ironiques, intolérance aux bruit set à l'agitation environnante, fatigabilité et trouble de la mémoire, sentiment de persécution et harcèlement, alternance de moment de dégressivité et d'agitation incoercible.

Ce syndrome apparaît très vite et disparaît tout aussi vite (Quilichini et al., 2005). Il est classé dans le DSM IV et dans le CIM-10 dans les « troubles dissociatifs non spécifiés », autrement dit « une perturbation ou une altération des fonctions normales d'intégration de l'identité, de la mémoire et de la conscience » (Quilichini et al., 2005, p. 313).

d. Conséquences psychologiques spécifiques à certains troubles

Certaines conséquences sont plus spécifiques à l'altération de certains sens. C'est notamment le cas de l'agueusie, qui supprime tout plaisir de manger. Cela entraîne sur le long-terme, des conséquences psychologiques telles que « une sensation de mal-être, qui peut se manifester par une baisse de moral, d'intérêt et de motivation, et qui peut conduire dans les cas les plus graves à des troubles dépressifs, un repli sur soi et un isolement. » (Nicard, 2017, Quelles sont les conséquences de l'agueusie ?, §4). Des troubles alimentaires tels que l'anorexie ou la boulimie seraient également retrouvés (Nicard, 2017).

De plus, les troubles visuels qui seraient provoqués par la restriction du champ de vision ont des conséquences pratiques et psychologiques. Rolland, Dangoumau & Bellaich (2015) notent effectivement des difficultés pratiques à lire, à regarder la télévision ou encore à écrire ; mais cette diminution de la vision peut également se traduire par un repli sur soi, une perte de confiance en soi, etc.

Enfin, pour rappel, le toucher, et particulièrement le contact tactile humain (Saulnier, 1990), est un besoin nécessaire pour l'homme et son bien-être (Montagu, 1971). Or, en détention, la sensibilité au toucher est compromise et selon Le Breton (2006, p. 177), « la disparition du toucher est une privation de la jouissance du monde, l'encombrement dans un corps devenu pesant et inutile, la dérobade de toute possibilité d'action autonome ». Saulnier ajoute en référant d'autres auteurs que « Au plan psychologique, le toucher affectif a des effets, entre autres, sur le sentiment de bien-être (Durr, 1971), sur l'estime de soi (Sylverman et coll., 1973), sur l'expression verbale de sentiments (Aguilera, 1967), sur le niveau d'anxiété (Mc Corkle, 1974) et sur le niveau d'attention et d'orientation spatiale (Langland et Paniccuci, 1982). » (Saulnier, 1990, p. 82). Or, comme nous l'avons vu, ce besoin affectif est soumis à l'abstinence en prison.

3.3.2. Conséquences physiques

La déprivation sensorielle engendre donc des troubles sensoriels, caractérisés par une diminution ou une exacerbation de la sensibilité de l'organe sensoriel aux stimulations extérieures.

a. Contamination physique (Goffman, 1968)

L'odorat, le toucher et le goût seraient caractérisés par une diminution de leur sensibilité en milieu carcéral. Or, le manque d'hygiène est également une caractéristique préoccupante de la prison ; provoquant une sorte d'insécurité sanitaire.

D'abord, concernant l'odorat, l'air n'est que rarement renouvelé alors que certains fument dans les cellules, cuisinent (Lemiszewska & Lhuilier, 2001), etc. Les personnes ayant l'odorat moins sensible voir l'ayant inhibé pour éviter d'affronter cette odeur sont donc à risque d'intoxications alimentaires puisqu'elles ne sentent plus l'aliment qu'elles ingurgitent (Léna, 2012). Le même problème se pose pour les éventuelles fuites de gaz ou incendies, lors desquelles l'odorat peut jouer un rôle d'alarme considérable (Léna, 2012).

De plus, dans le même ordre d'idée, le fait que la sensibilité au toucher soit diminuée peut représenter un risque pour la survie puisque la sensation de douleur diminue également (Denèle, 2018) donc le temps de réaction diminue (Mias, 1992). Dès lors, la coupure d'une lame peut accéder moins rapidement à notre conscience.

Enfin, le même problème se pose pour la perte de goût puisqu'il existe alors des risques de contamination par la nourriture (Lemiszewska & Lhuilier, 2001). La personne ne sait plus distinguer un aliment périmé ou avarié. Nous retrouvons donc ce risque de contamination physique mettant en péril la survie de l'individu.

Dès lors, l'insensibilité acquise de ces sens met en péril la sécurité dite sanitaire et par conséquent risque de contaminer physiquement l'individu. Dans un environnement sale, la personne ne sait plus distinguer les éléments normalement captés par les sens pour l'avertir du danger.

b. Vertiges

Les vertiges résultent d'un déséquilibre entre le système visuel, vestibulaire et proprioceptif (Choplin, 2012). Lorsqu'un des systèmes est endommagé, ils peuvent apparaître. A ce sujet, Gonin (1991) fait état de quatre périodes d'incarcération : l'explosivité, le retrait dans la chair, le temps de l'adaptation et enfin le temps de la réparation. La première période est notamment caractérisée par une apparition de vertiges (Chauvenet, 1992), qui concerne un quart des entrants (Gonin, 1991). Gonin rajoute qu'il existe moins de vertiges dans les prisons modernes que dans les anciens établissements, en justifiant que « le cadre de vie et les modes d'existence dans une prison moderne jurent moins radicalement avec ceux de l'extérieur. » (Gonin, 1991, p. 86). Cependant, l'étude de Scheer (2013) démontre que l'isolement est nettement plus fort dans les prisons modernes ; que les détenus peuvent se déplacer plus facilement dans les anciennes prisons. Cela semble donc en contraste avec les propos de Gonin (1991).

3.3.3. Conséquences financières

Des individus fragiles, précaires aux niveaux économique, relationnel et de la santé regorgent en prison (De Beaurepaire, 2012). Les détenus ne disposent donc pas de grandes ressources financières de base et leurs proches, s'ils sont restés en contact, ne sont pas toujours à même de les aider. Dès lors, l'Observatoire international des prisons (2019) remarque que 17% de la population pénitentiaire sont en situation de « pauvreté carcérale » à l'intérieur des murs, disposant de maximum 50 euros par mois. Pourtant, la vie en prison coûte cher, particulièrement la cantine²⁰. Or cette dernière est très prisée par les détenus, qui tentent par tous les moyens de divertir la nourriture, de se procurer de « petites fringales » (Gonin, 1991) et donc de retrouver la douceur gustative d'un fruit ou d'un bonbon ainsi que leur odeur. La cantine leur permet aussi de s'approvisionner en produits d'hygiène de base, en fruits, légumes et produits laitiers qui ne sont pas suffisamment souvent au menu (OIP, 2019). Mais si le détenu achète ce que nous venons de citer, ce qui lui permet de vivre correctement, il a besoin de 200 euros par mois. Dès lors, les inégalités se creusent (Lemiszewska & Lhuilier, 2001) entre les détenus en situation de « pauvreté carcérale », les détenus plus aisés ou aidés par leurs proches (Santorso, 2015) et les détenus travailleurs. Ces inégalités financières découlent donc principalement de la nourriture et de l'odeur carcérale, qui poussent les détenus à varier les stimulations.

3.4. Stratégies échappatoires

Afin de minimiser les coûts engendrés par les particularités sensorielles au sein du milieu carcéral, les individus tentent de trouver des stratégies pour récupérer leur sensorialité et par conséquent, leur corps puisque le système sensoriel permet à l'individu d'explorer l'environnement. Si ce système est dégradé, le corps de l'individu ne peut pas se déployer. Les détenus sont alors face à deux solutions. « Le corps de chair, poreux au monde qui l'entoure, peut se déployer dans cet *Umwelt*²¹ ou au contraire tenter de s'en séparer et se recroqueviller dans l'ultime réduit du dedans de soi. » (Chamond et al., 2104,

²⁰ « La cantine est, dans la prison, le « surplus » (Bourdieu, 1980) que les détenus sont autorisés à se procurer, sur leur argent propre, par l'intermédiaire de l'administration et qui leur permet d'améliorer le régime ordinaire » (Seyler, 1988, p. 127)

²¹ L'*Umwelt* est un concept proposé par Jakob Johann von Uexküll qui signifie le monde propre de l'individu (cité dans Adam & Englebert, 2016)

p. 674). Effectivement, la littérature démontre que les détenus se réfugient soit dans la douleur ou le repli pour ressentir leur corps, soit dans des activités telles que le sport, les pratiques homosexuelles, la décoration de leur cellule, le marquage du corps ou encore éventuellement la consommation de substance.

3.4.1. Automutilations et suicides

Tel que Lhuilier (2007) le mentionne, la déprivation sensorielle provoque des angoisses qui peuvent mener à des passages à l'acte tels que l'automutilation ou le suicide (ou tentative de suicide). Pour Goethals (1980), les actes automutilants et les comportements suicidaires sont des stratégies de « coping ». Ces stratégies désignent « l'usage de différentes sortes de comportements (mécanismes d'adaptation), quand l'individu se sent menacé par des événements dans l'environnement, provoquant des sentiments d'angoisse et d'incertitude, menace qui ne peut pas être détournée par des comportements automatiques et routiniers » (Goethals, 1980, p. 89). Ces actes apparaissent souvent durant les trois à quatre premiers mois de détention, durant la période *d'explosivité* (Gonin, 1991). Ces « incidents » comme les appellent Lhuilier (2007, p. 447) sont donc des indicateurs de l'impact de l'incarcération sur la personne.

a. Automutilations

Selon Baetens, l'automutilation est une blessure répétée et intentionnelle sur la surface du corps d'une façon à entraîner un saignement, un hématome ou une douleur (cité dans De Mol, communication personnelle, 2017). Une des fonctions de cet acte est le fait d'« au moins ressentir quelque chose » (De Mol, communication personnelle, LPSP 2637, 2017). Dès lors, en rapport avec la sensation corporelle et la dépossession de l'identité (Baillette, 1997), les détenus pourraient trouver refuge dans les automutilations ou les suicides pour tenter de se sentir revivre. Plusieurs auteurs vont dans ce sens.

D'abord, Lhuilier avance que ces automutilations sont utilisées pour retrouver des sensations ; « une tentative de réveil d'une corporéité anesthésiée ; l'expérience de la douleur peut être une manière de s'assurer que le corps est encore vivant, qu'éprouver des sensations est encore possible » (Lhuilier, 2007, p. 450).

Ensuite, Milhaud ajoute que « les automutilations correspondraient moins à un accroissement du capital de violence (Gambetta, 2009) qu'au fait d'écrire sur son corps son mal-être, de le sortir de l'enfermement sensoriel qui l'anesthésie et l'étirole, et de demander ainsi une intention. » (Milhaud, 2017, p. 222).

Cette intention évoquée par Milhaud fait également référence à Chantraine, qui interprète ces automutilations comme des « moyens d'expression et de revendication privilégiés destinés à faire pression sur l'autorité judiciaire ou administrative » (Chantraine, 2004, p. 177).

Dès lors, les trois auteurs cités ci-dessus s'accordent sur le fait que les automutilations sont utilisées par les détenus pour se réaffirmer, réaffirmer leur corps et leur identité.

b. Suicides

Alors que Lhuilier (2007) plaçait le suicide et les automutilations dans la même catégorie, les considérant comme des passages à l'acte permettant de faire face à l'angoisse que provoque le dépouillement sensoriel ; Baillette (1997) considère l'acte suicidaire différemment. Selon lui, le suicide est « une évasion silencieuse permettant de réaffirmer sa liberté » (Baillette, 1997, p. 45). Quoiqu'il en soit, le nombre de suicides en prison est alarmant : en 1991, Gonin affirmait qu'il y avait six à sept fois plus de suicides en prison que dans la vie libre. En 2019, cet acte est huit fois plus reproduit que dans la société (Hovine, 2019). Cela démontre qu'il existe bel et bien un mal-être profond duquel les personnes tentent de se détacher, quelle qu'en soit sa source.

3.4.2. Repli sur soi

Le repli sur soi est à la fois considéré comme une conséquence de la déprivation sensorielle et une stratégie échappatoire. En effet, dans le point sur les conséquences spécifiques à certains troubles sensoriels, nous avons remarqué que le repli sur soi était souvent évoqué par les auteurs (Nicard, 2017 ; Rolland et al., 2015 ; Saulnier, 1990 ; Veil & Lhuilier, 2000). Cependant, il peut également être considéré comme une stratégie échappatoire. Cela correspond à une des périodes décrites par Gonin (1991), celle du

retrait dans la chair, typique du 6^e mois. Suite à la période d'explosivité, la personne se replie sur elle-même (Baillette, 1997 ; Gonin, 1991). C'est donc dans l'intérieur de la peau que le détenu trouve refuge (Gonin, 1991) pour faire face à cette déprivation sensorielle.

3.4.3. Sport

Pour « se déployer dans cet Umwelt » (Chamond et al., 2014, p. 674), certains détenus investissent leur corps pour lutter contre le risque de détérioration. Le sport, la musculation sont des exemples d'investissement corporel (Trouillard Perrot, 2007). Il permet « l'épanouissement de l'intime (...) et l'exploration de soi » (Le Breton, 1990, pp. 160-161). Le sport est considéré comme une échappatoire, un lieu hors détention qui permet de se réapproprier son corps (Milhaud, 2017), mais également de retrouver son identité, sa virilité (Chamond et al. 2014). De plus, il peut être utilisé pour « mettre en branle ses sens » (Jaspart, 2016, p. 257). Un détenu témoigne de la restriction de la vue et l'utilisation du sport pour tenter d'échapper à cette contrainte dans le livre de Lemiszewska et Lhuilier :

« Je fais du footing, du yoga. C'est important d'entretenir son corps, de faire du sport, de faire travailler ses yeux... Parce qu'on perd la vue ici ! Le problème c'est qu'il n'y a pas de perspective, pas d'horizon. On est dans un entonnoir, on voit toujours la même chose. » (cité dans Lemiszewska & Lhuilier, 2001, p. 212)

Cependant, prêtons attention à la mésinterprétation de la fonction de cet exercice. Bien qu'il soit apparemment utilisé comme une réappropriation corporelle (Milhaud, 2017), il pourrait également être utilisé pour dissimuler la fragilité du soi intérieur en se bâtissant un soi extérieur (Chamond et al., 2014). Cela pourrait également faire référence à ce que Le Breton (1990, p. 9) appelle le corps comme lieu de « bien-paraitre ». A nouveau, le contraste entre l'intérieur et l'extérieur est présent. Le concept de « face », entendu par Goffman et Kihm (1974, p. 9) comme étant « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers une ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier », pourrait nous aider à interpréter ces propos. L'individu garderait la face, en montrant aux autres qu'il fait du sport, qu'il est fort et qu'il ne vaut mieux pas le défier alors qu'intérieurement il est extrêmement fragile.

3.4.4. Décoration, homosexualité et tatouage

Afin de se déployer, la littérature a fait état de trois autres actions utilisées par les détenus.

Premièrement, dans les maisons d'arrêt, les changements de cellule sont fréquents ; il n'est dès lors pas facile de s'approprier cet endroit, d'en faire un espace personnel (Bony, 2015). Les décorations dans les cellules dépendent donc très fort de la personne. Pour certaines, c'est un signe qui prouve que l'on accepte d'être aux mains de la justice (Milhaud, 2017). Elles ne veulent pas investir leur cellule car ne veulent pas se sentir « comme chez eux » (Bony, 2015, p. 24). Pour d'autres, c'est une manière de se créer « une bulle », de s'évader le temps d'un instant. Des photos de femmes, de familles, de paysages sont souvent retrouvées ; elles permettent sans doute de reconforter la personne avec un peu de chaleur, de douceur.

Deuxièmement, pour contrer la restriction de contact corporel, certains détenus tenteraient de mettre de côté les pensées de rapports hétérosexuels (Ross & Richards, 2002), d'autres useraient de l'homosexualité. La majorité des prisons regroupe des individus du même sexe (Ross & Richards, 2002). Dès lors, bien que l'homosexualité soit cachée en prison (Ross & Richards, 2002), certains pratiqueraient des relations sexuelles avec d'autres détenus (Ricordeau, 2004).

Troisièmement, le tatouage serait également utilisé comme une technique pour se réaffirmer (Chamond et al., 2014). Le corps deviendrait un lieu d'expression pour le détenu (Baillette, 1997). « Dans ces conditions, le fait de pouvoir disposer de sa propre peau peut constituer une des dernières ressources d'autodétermination, étant donné que le reste du corps est plutôt devenu l'objet du pouvoir et de la force d'autrui (Hahn, 1996) » (cité dans Baillette, 1997, p. 36). Le recours au tatouage permettrait donc au détenu d'utiliser son corps en montrant que son corps lui appartient encore, qu'il en fait ce qu'il veut.

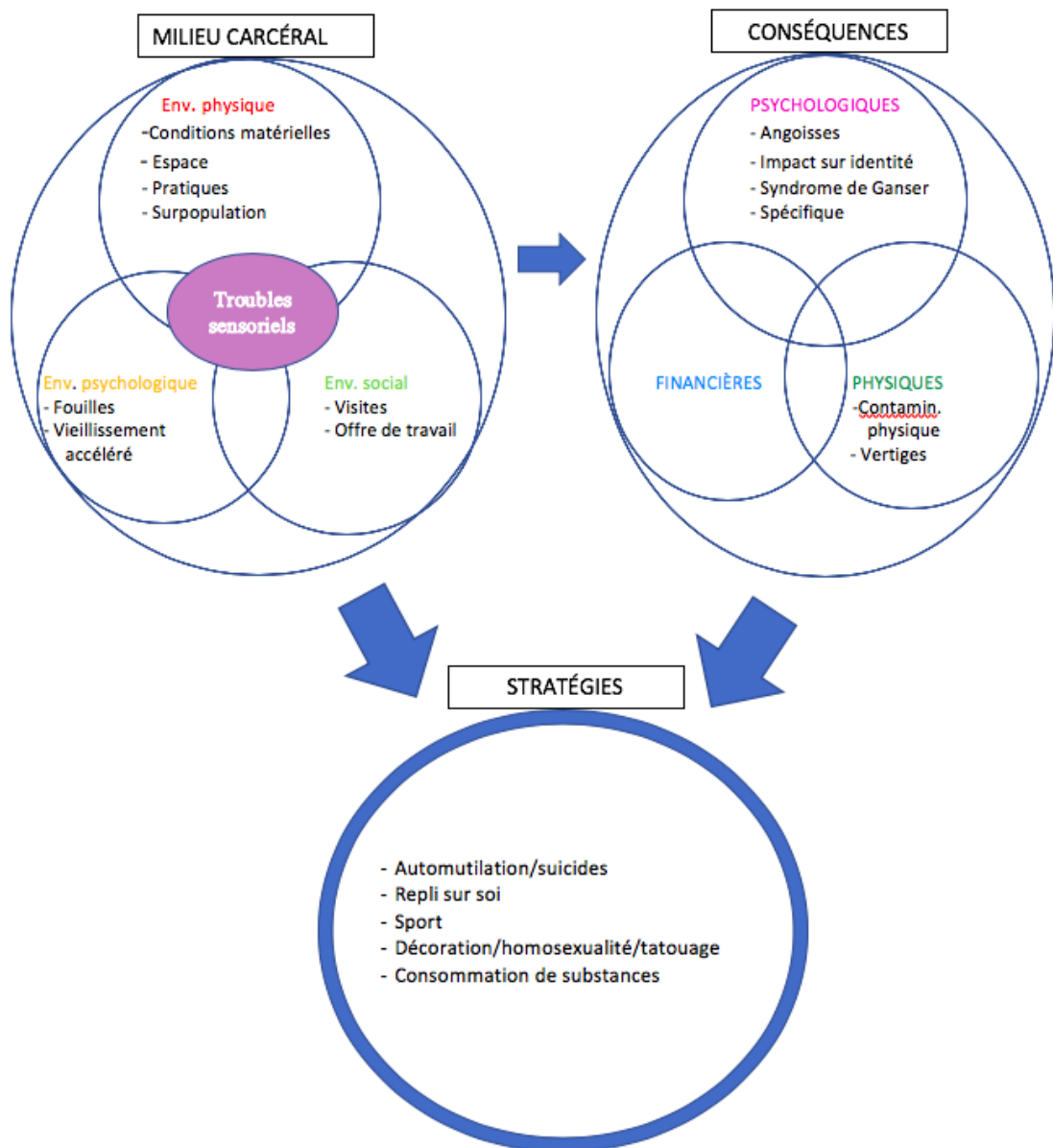
3.4.5. La consommation de substances

Dans les prisons belges, la problématique de la surconsommation de substances est bien connue (Mary, Bartholeyns & Béghin, 2006). Le service public fédéral de la Justice ([SPF] Justice, s.d.) informe d'ailleurs qu'au sein des murs, un détenu sur trois a déjà consommé de la drogue : du cannabis, de l'héroïne ou l'usage illégal de médicaments. Cette problématique a été étudiée sous l'angle des relations entre détenus (Mary et al., 2006), comme façon de se relaxer, oublier ses problèmes ou s'amuser (Plourde & Brochu, 2002). Fernandez aborde également la souffrance psychique comme cause ou conséquence de l'usage de drogue, sans s'attarder dessus (Fernandez, 2004). Mais nous n'avons pris connaissance d'aucune étude qui associe la consommation de drogue avec la sensorialité. Pourtant, Bouhnik (2002) a fait une étude sur la consommation de drogues chez les personnes précaires et en ressort que « ces personnes, en dehors de leur consommation, ont comme principal point commun d'avoir été confrontées à des épreuves qui ont remis en cause les relations entre leur vie sociale, leur identité et leur intériorité. » (Bouhnik, 2002, p.23). La prison étant l'exemple type du milieu qui prive l'individu de ces trois domaines, il semble opportun de faire l'hypothèse que la consommation de drogue est utilisée en réponse à cette sensorialité.

3.5. Conclusion

Ce chapitre a démontré que la relation entre les troubles sensoriels et l'incarcération existe. Les stimulations disponibles sont pauvres et répétitives, ce qui pourrait provoquer soit un phénomène d'habituation menant à une désensibilisation sensorielle voire une exacerbation dans le cas de l'ouïe. Les environnements physique, social et psychologique de la prison sont les responsables, offrant au détenu une sensorialité particulière de par la dissociation espace/temps, la dissociation du couple voir/être vu, l'effet du temps sur le bâtiment mais également sur les corps ou encore par les fouilles comme seul contact corporel quotidien. Cette restriction de la sensorialité implique des conséquences non-négligeables sur les plans psychologiques, physiques et financiers. L'identité du sujet est mise en péril puisque l'institution veut lui en imposer une de détenu, des angoisses d'abandon ou relative à la sensorialité sont également présentes. Sur le plan physique, la contamination physique relative au toucher, à l'odorat

et au goût mettent la survie du sujet en danger. Enfin, la prison n'offrant que très peu de stimulations, le détenu pourrait se rendre à la cantine pour se procurer de la douceur ; mais peu de détenus possèdent ce luxe. Dès lors, pour faire face à cette déprivation et ses conséquences, les détenus recourraient soit à des attitudes de fuites telles qu'un repli sur soi, à des automutilations ou un suicide afin de se sentir revivre à l'intérieur de soi, soit à des stratégies de déploiement, telles que le sport, les décorations, les relations homosexuelles ou l'inscription d'un tatouage sur leur corps pour se réaffirmer. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de ce chapitre, voici ci-dessous un schéma le reprenant.



Chapitre 2 : La sortie de prison : entre angoisse et excitation

1. Introduction

Le milieu carcéral engendre de nombreuses conséquences suite à la répétition des stimuli environnementaux et à la sous-stimulation. Les détenus tentent comme ils peuvent de faire face à ces difficultés et trouvent des stratégies, en accord avec le milieu pénitentiaire, pour y faire face. Mais que se passe-t-il après la période de détention ? La personne passe d'un milieu dans lequel les sens sont perturbés à un monde où la vie a continué de tourner, les stimulations sensorielles sont à leur apogée. De l'odeur fraîche de la campagne à celle des différentes échoppes du marché, de la vision des gens pressés en ville à celle du calme et de la liberté retrouvés dans les bois, du goût de douces pâtisseries à une salade de fruits frais, ou encore le contact humain chaleureux ; toutes ces stimulations, bien que rêvées par le détenu, ont parfois des effets inattendus.

2. La sortie sur le plan général

Avant de passer à la sortie « sensorielle », il semble important de mentionner la sortie de la prison sur le plan général. Alors qu'on parle de choc carcéral (Lhuilier, 2007), il existe aussi un choc lors de la libération (Zaks, 2015). C'est une population vulnérable, précaire, fragile tant sur le plan économique que des ressources ou de la santé (De Beaurepaire, 2012) qui se retrouvent dans une société perçue comme malveillante et persécutrice (Zaks, 2015). Des stigmates sont associés aux sortants, ce qui rend les détenus anxieux pour leur sortie (Goffman, 1968). Ils ne savent pas où ils vont, ils passent d'un « milieu infantilisant » à un « monde responsabilisant » (Gonin, 1991, p. 166-167). Ils rêvent du triptyque travail/logement/relation conjugale, mais savent que le travail est l'atteinte ultime (Chantraine, 2003). Cette anticipation de sortie est parfois associée au syndrome du « gate fever » qui est caractérisé par des angoisses, de l'agitation, des migraines, insomnies, incertitude ou encore dépression (Goethals, 1980, p. 92). Une fois dehors, ils tentent de « faire face » mais cela mène souvent à l'isolement, à l'abandon des soins ; ce qui mène à la toxicomanie, à l'exclusion, etc. (De Beaurepaire, 2012). La manche, les « gros coups » ou la mort sont des alternatives pour réussir à survivre

(Chantraine, 2003). Ils gardent à l'esprit que la prison existe toujours ; ils avaient trouvé une place à l'intérieur, elle était pour eux une ressource matérielle (Chantraine, 2003). Dès lors, bien qu'elle fasse rêver, la libération provoque des effets inattendus, à tel point que la prison devient une solution à leurs problèmes.

3. La sortie au niveau sensoriel

Concernant plus particulièrement les retombées sensorielles, la littérature n'est pas très riche. L'Observatoire international des prisons a abordé ce sujet à quelques reprises, notamment en évoquant une métaphore : « Dans une traversée du désert, les hommes déshydratés croient apercevoir une oasis verte et fraîche. » (Dindo, 2014, §2) et continue en disant « Pour tenir, les détenus imaginent ce qu'ils feront à leur sortie. Des rêveries souvent modestes : un plat dont on se délecte par avance, sentir l'air de la mer, la douceur des bras qu'on espère retrouver... Elles permettent de s'extraire d'un quotidien carcéral humiliant, où plaisir et individualité n'ont plus voix au chapitre » (Dindo, 2014, §2). Dès lors, cela rejoint l'imagination que se fait le détenu de sa sortie. Mais comme la sortie de façon générale le témoigne, les choses ne sont pas si roses. Plusieurs problèmes se poseraient, tant au niveau physique que psychologique. Notons d'abord l'ancrage de la restriction de la vision. Le détenu s'est habitué à ses quatre murs donc lorsqu'il sort, malgré l'horizon infini proposé selon le milieu, il a des difficultés à voir à plus de 50 ou 60 mètres (Dindo, 2014 ; Zaks, 2015). Ensuite, Boisier met l'accent sur les vertiges et pertes d'équilibre (cité dans Le Breton, 2018), mais il existe également des angoisses de foule ou de vide (Zaks, 2015). Ces angoisses peuvent devenir phobiques à tel point que la personne met en place des stratégies d'évitement, qui pousse la personne à rester chez elle (Zaks, 2015). Enfin, Portelli et Chanel (2014) reprennent le récit de Giovanna qui raconte qu'après sa première permission de sortie lors de laquelle elle a eu l'occasion de marcher dans la campagne, voir des fleurs, et un large champ de vision, elle a dormi durant deux jours, tellement elle était éprouvée, épuisée par tant de stimulations. Vision restreinte, vertiges, angoisses et fatigues sont donc des conséquences de cette déprivation sensorielle, variables selon les personnes.

Afin d'illustrer cette « sortie sensorielle », replongeons-nous quelques années auparavant. La période de « blocus »²² est belle et bien là, l'étudiant, enfermé dans sa chambre à étudier ses cours face au mur, au silence durant une période de 2 mois. S'il a de la chance, il peut s'octroyer des pauses pour aller se promener, sa famille lui concocte de bons petits plats et lui procure du contact corporel. Lors de la première sortie pour se rendre à son examen, l'étudiant se sent oppressé par le monde qui attend de rentrer dans la salle, par le bruit constant des voix, par la lumière du jour qui l'aveugle puisqu'il n'a plus eu l'habitude d'en voir durant cette période. L'étudiant ressent presque une sensation de relâche lorsqu'il rentre chez lui et se replace face à son bureau, fatigué par cette journée. Cette illustration démontre les sentiments qu'une personne peut avoir lors du passage d'une sorte d'enfermement sensoriel à la sortie dans un monde offrant des stimulations de tous côtés. Et pourtant, ces sensations ne sont sans doute qu'une infime partie de ce que peut réellement ressentir un détenu, ayant passé parfois jusqu'à 30 ans, enfermé, sous-stimulé, sans les avantages d'un éventuel contact humain, d'un bon repas après une grande journée d'étude, ou de la satisfaction après les examens d'avoir accompli quelque chose d'utile.

4. Conclusion

En conclusion, l'excitation des détenus de quitter ce milieu peu stimulant pour retrouver la liberté mais également la sensation est souvent doublée d'angoisses par rapport au futur dans ce milieu libre perçu comme persécutant (Zaks, 2015). Cette angoisse quant à l'incertitude du futur se transforme en réalité en angoisses parfois phobiques, dues à la foule, au vide et aux endroits cloisonnés. Cette multitude de stimulations, pourtant rêvée, fatigue le détenu, et produit des déséquilibres physiques tels que des vertiges ou encore une difficulté à s'adapter à la profondeur du champ de vision disponible.

²² La période de « blocus » est une expression belge qui désigne la période laissée à l'étudiant pour préparer et étudier ses examens. Elle dure en moyenne deux semaines.

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre 1. Méthodologie de recherche

1. Question de recherche et objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est de mieux comprendre la place accordée aux troubles sensoriels dans les soins offerts aux détenus belges.

Cet objectif est accompagné de plusieurs sous-questions :

- Qu'est ce qui est entendu par troubles sensoriels ?
- Quelle influence a la prison sur ces troubles ?
- Quelle place leur est accordée dans les soins ?
- Qu'est ce qui est mis en place par les professionnels de la santé pour aider les détenus à ce niveau sensoriel ?
- Selon les professionnels de la santé, quelles sont les conséquences de ces troubles lors de la libération ?

Afin de remplir cet objectif, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes, psychiatres et infirmiers dans les prisons belges francophones. Durant ceux-ci, nous avons abordé les troubles sensoriels en détention, leurs causes et conséquences ainsi que leur évolution lors de la période post-détention. Le suivi qui leur est donné a également été interrogé.

2. Méthode de récolte des données

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons décidé d'utiliser une méthodologie qualitative et de mener des entretiens semi-directifs, afin de comprendre plus profondément la place des troubles sensoriels dans le processus de soin en détention (Ruquoy, 1995). Les entretiens permettent d'accéder au réel de référence (ici les troubles sensoriels en prison), aux représentations que le participant a de cet objet grâce à ses

propos verbaux et non-verbaux. En bref, il permet d'atteindre le réel de référence de l'individu tout en tentant de préserver la complexité de l'expérience humaine (Baribeau & Royer, 2012). La semi-directivité de l'entretien permet plus spécifiquement une liberté de réponse au participant, tout en s'assurant que l'on discute des points prédéfinis et sans se fermer complètement à une nouvelle information (Robert & Gaudet, 2018). A ce sujet, un guide d'entretien a été utilisé « afin de mettre l'interviewé(e) en condition de s'exprimer en suivant le cheminement de sa pensée » (Ruquoy, 1995, p. 61). Ce guide, présenté en annexe, a été construit suite à l'analyse de la littérature sur le sujet (voir annexe 1). Il comporte cinq étapes : (1) la présentation du chercheur, (2) la présentation du participant, (3) les troubles sensoriels en prison, (4) les troubles sensoriels durant la période post-détention et (5) question qui permet au participant d'ajouter des choses. Une semaine s'est déroulée entre le premier entretien et les autres, ce qui nous a permis d'apporter quelques modifications à ce guide, dans une démarche d'auto-ajustement. Ensuite, au fur et à mesure des entretiens, nous avons ajusté notre plan en fonction de l'émergence de données inattendues. Les entretiens ont duré entre 39 et 58 minutes, donnant une durée moyenne de 52 minutes pour les entretiens réalisés hors de la prison. Pour chacun, un verbatim reprenant les propos mots-à-mots, les phases de rire et de silence a été créé, permettant l'objectivation de la rencontre (Gilbert, 2007). Ceux réalisés en prison ont plus ou moins duré entre 50 minutes et 1 heure 15. Pour ces trois entretiens, des notes ont été prises et retranscrites directement après l'entretien, afin que les exemples donnés qui n'ont pas pu être notés, le langage non-verbal, etc. puissent être conservés.

La méthode d'entretien se situe dans une démarche inductive. La compréhension et l'interprétation des données donnera suite à leur explication, ce qui permettra de donner un sens aux données (Robert & Gaudet, 2018) et alors, de générer des hypothèses théoriques (Van Campenhoudt & Quiry, 2011). Restons tout de même conscients que nous nous situons dans le cercle de la recherche. Cela signifie qu'au cours de notre recherche, nous passons par des périodes d'abduction, d'induction et de déduction (Robert & Gaudet, 2018). L'abduction est principalement utilisée au début de la recherche, lors de la construction de l'objet. Il s'agit en effet « du processus mental qui permet de construire l'objet de recherche et la problématique » (Robert & Gaudet, 2018, p. 10). Ensuite, l'induction permet d'interpréter les données récoltées sur le terrain. Enfin, nous utilisons la déduction pour vérifier les interprétations empiriques et les mettre en contraste avec la littérature.

Lors de l'un des entretiens, un médecin nous a également proposé une visite de la prison de H, que nous avons volontiers accepté. Cette expérience empirique est relatée dans le carnet de bord présenté ci-dessous et sera également utilisée comme matériel d'analyse.

Carnet de bord de la visite de la prison de H :

Je suis arrivée à la prison de H pour un entretien un vendredi, sous 27 degrés. Arrivée une demi-heure en avance, je relis mon guide d'entretien, je me balade le long des murs, me sentant toute petite. Je me poste ensuite devant l'entrée, envoie un SMS au médecin le prévenant de mon arrivée et demande à une personne posée également devant la porte close si c'était l'entrée principale. Ce dernier me répond par l'affirmative et rajoute qu'il est là pour faire signer un papier pour son bracelet électronique. Mes yeux s'écarquillent, non pas de peur, mais je réalise la chance que j'ai de me retrouver face à un ancien détenu. Il avait fait 10 mois de prison. Nous commençons à parler, je lui raconte que je suis étudiante et que je réalise mon mémoire sur les troubles sensoriels. Je lui demande alors s'il a remarqué ces troubles durant son incarcération. Il me raconte que la première chose qui l'a frappé, ce sont ses oreilles qui se sont bouchées, dès son arrivée. Il me fait également part de cette oppression qu'il ressent dans sa cellule, son besoin d'agiter ses bras dans l'espace pour libérer cette oppression. Après notre discussion, il me tend la main me souhaitant bonne continuation ; je la serre et lui souhaite la même chose en retour. Je me retrouve seule devant l'entrée et assiste au va et vient des visiteurs, dont un qui se plaint près de moi que sa visite avait été retardée. Je comprends pourquoi la littérature dit que la prison fragilise les liens. Une demi-heure plus tard, le médecin arrive, accompagné d'une stagiaire. Nous avions prévu de nous rencontrer dans un parc en face de la prison, afin que je puisse enregistrer. Le parc étant fermé, nous nous asseyons au bord de la route. Ce n'était pas l'endroit idéal. Quelques minutes après avoir commencé la discussion, je ne sais pas si le destin est intervenu, mais mon enregistreur s'est éteint à cause de la chaleur. Le médecin propose alors d'aller dans son bureau. Je pense que c'est le meilleur bug informatique de ma vie. Nous rentrons, je donne ma carte d'identité, mets mes affaires dans un casier, la personne à l'entrée me prend en photo puis je traverse le portail métallique pendant que ce dont j'ai besoin est examiné. Je traverse une cour, réservée au personnel, puis j'entre au centre du sujet. Des portes closes, gardées par des personnes vérifiant nos badges, ouvrant et refermant à chaque personne désireuse de passer. Le bruit des portes, les mouvements des différents acteurs de la prison et leurs conversations caractérisent la douce mélodie de cet environnement à ce moment. Nous marchons à travers les dédales sombres de la prison, nous passons devant des entrants qui se font fouiller, devant l'ancien détenu rencontré plus tôt qui attendait toujours qu'on s'occupe de lui et devant un détenu travailleur, une serpillère à la main. L'entretien se passe dans un bureau individuel, la porte ouverte. Des infirmières, des kinés passent durant l'entretien ; des coups de téléphone nous interrompent également. Les contraintes de la prison sont présentes. L'entretien s'achève, le médecin a rendez-vous avec un

psychiatre pour rendre visite aux personnes en isolement. Je les accompagne et rencontre cet univers particulier. Je découvre ce centre dont on a tant parlé, ces ailes, disposées sur trois étages. Pour passer une porte, on pousse sur un bouton et on attend que la personne placée au centre, que nous ne voyons pas, nous ouvre. Le médecin demande à un gardien, assis parmi d'autres sur des chaises dans une des ailes, si une cellule est vide afin de me montrer à quoi cela ressemble. Le gardien acquiesce et nous ouvre une cellule, nous entrons et fermons la porte. Nous nous sommes retrouvés à 3 dans cette cellule de 9 mètres carrés. Tout de suite j'ai senti cette odeur dont j'ai entendu parler. Elle nous prend réellement, je me suis sentie vaseuse dès que nous avons fermé la porte. Je me sens oppressée, mon cœur se serre. La fenêtre, ouverte, offrait une vue coupée par des grillages et barrières. Un lit, un évier, une petite table, une chaise, une armoire et une toilette à vue de tous ; rien d'autre. Tout ça dans 9 mètres carré. Ils vivent seuls, à deux ou parfois à trois dans cette petite cellule. Lorsqu'on a ouvert la porte, j'ai senti une délivrance monter en moi. Nous traversons l'aile ; je suis attentive aux moindres détails. Seule une petite fenêtre située tout en haut, au fond de l'aile, éclaire le couloir. Le sol en carrelage froid, le brouhaha incessant, les odeurs de nettoyeur. Nous nous rendons à l'isolement pour rencontrer des détenus. Une fois passé la porte, la chaleur nous surprend ; à tel point que le psychiatre enlève directement son pull. Je m'imagine le ressenti des détenus de cet endroit. Le gardien qui nous accompagne ouvre d'abord une porte métallique, puis nous nous retrouvons face à des barreaux et une vitre en plexi glace, qui montre une cellule habitée par une personne, couchée sur un lit. Un petit rayon de lumière éclaire la pièce, la nourriture est étalée au sol. Aucune perspective n'est ouverte à la vue, le silence règne. Nous ouvrons une deuxième cellule et nous retrouvons face à une personne en sous-vêtements. Personne ne dit rien, nous comprenons, vu la chaleur. Lorsqu'il s'adresse au psychiatre, il commence en disant qu'il va se rhabiller. Une fois ses vêtements remis, il s'emporte ; crie sur les médecins, les traitant d'incapables. Ensuite, il se tourne vers la stagiaire et moi-même, qui assistions à la scène et nous adresse : « Et vous là, vous me regardez, vous croyez j'suis un animal ou quoi ? ». Un sentiment de mal-être m'envahit, je ne sais plus où regarder, je me dis qu'il a raison ; nous sommes quatre à le regarder, nous sommes libres et lui « en cage ». Je détourne alors le regard et recule d'un pas, sans un mot. Nous refermons ensuite la porte et j'échange quelques mots avec la stagiaire pendant que les médecins discutent entre eux. Quelques minutes plus tard, nous entendons ce détenu crier à travers la porte, nous demandant de nous taire. Il ne supportait pas entendre du bruit. J'ai trouvé cela assez interpellant, j'en fais part à la stagiaire qui m'explique qu'en isolement, ils ne supportent pas le bruit. Nous nous en allons, je suis bouche bée. Nous retraversons l'aile, et je salue les médecins en les remerciant. Je suis rentrée dans ma voiture, en silence, retournée par ce que je venais de vivre.

3. Participants

Les participants de l'étude sont des professionnels de la santé et plus particulièrement des médecins généralistes, des médecins psychiatres et des infirmières travaillant au sein d'un établissement pénitentiaire belge. D'une part, nous avons privilégié ces trois professions car dans leur rapport de 2017, Mistiaen, Dauvrin, Eyssen, Roberfroid, San Miguel et Vinck évoquent ces trois types de professionnels comme étant les plus présents en prison. Ils semblent donc représenter majoritairement le système de soin de santé et seraient donc les mieux placés pour répondre à la question de recherche. D'autre part, la revue de littérature sur le soin en prison et ses liens avec la sensorialité est assez pauvre ; nous avons dès lors voulu approfondir cette question et explorer le terrain afin de comprendre la place qu'avaient les troubles sensoriels dans le soin, parmi les autres troubles qui règnent en prison.

Les critères d'inclusion sont qu'ils soient légalement médecins, psychiatres ou infirmiers, pratiquant ou ayant pratiqué dans un établissement pénitentiaire belge francophone. Nous insistons sur le francophone afin de préserver la qualité des données, en ce sens qu'elles soient traitées correctement grâce à une langue que nous maîtrisons. Concernant les critères d'exclusion, nous n'avons pas pris en compte ceux exerçant uniquement dans la société libre, mais accompagnant tout de même un ancien détenu. Nous n'avons pas de critère d'exclusion concernant le sexe ou les années d'expérience du médecin. Concernant les années d'expérience, il est justement intéressant de préciser que nous avons contacté une psychiatre pratiquant depuis trois mois dans une prison. Cette dernière a refusé de nous rencontrer car elle considérait que son expérience ne lui accordait pas encore de recul clinique, et qu'elle ne s'était pas intéressée à la question des troubles sensoriels.

En l'espace de vingt-deux jours, nous avons rencontré neuf professionnels de la santé, dont trois médecins généralistes, trois psychiatres et trois infirmières. Les participants travaillent principalement dans un seul établissement, à l'exception des psychiatres qui pratiquent dans plusieurs prisons à la fois. Cinq professionnels rencontrés (trois infirmières, un médecin généraliste et un psychiatre) ne travaillent qu'en prison, trois ont également leur propre cabinet en dehors de l'établissement et un ne pratique plus dans ce milieu depuis trois ans. Ces professionnels représentent huit établissements pénitentiaires, dont un à régime ouvert. Pour trois d'entre eux, deux professionnels travaillant dans la même prison ont été rencontrés. Par exemple, une infirmière et un

médecin travaillant à la prison de N ou un médecin et un psychiatre à la prison de H. Au niveau de la représentativité de l'échantillon, les médecins et psychiatres sont représentés tant par des hommes que des femmes. Les infirmières quant à elles ne sont que des femmes. Tous les participants ont entre quatre et vingt ans d'expérience en milieu carcéral. Les caractéristiques des participants et des établissements sont explicitées ci-dessous afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble :

Psychiatres :

- Pacheco : Médecin psychiatre dans les prisons de H, G et J.
- Jubadon : psychiatre ayant travaillé à K, G et E. Il ne pratique désormais plus depuis 3 ans.
- Bojutette : psychiatre experte depuis quatre ans à G, H, J et E. Entretien réalisé en prison, la prise de note a dès lors été utilisée.

Médecins généralistes :

- Saladin : Médecin généraliste à la prison de E, il y travaille un ou deux jours par semaine.
- Dierickx : Médecin à H, dans le centre médico-chirurgical. Pratique principalement en prison. Entretien réalisé en prison, la prise de note a dès lors été utilisée.
- Wooten : Médecin généraliste à N. Elle travaille deux matinées par semaine à la prison.

Infirmières :

- Isalube : infirmière à E. Entretien réalisé en prison, la prise de note a dès lors été utilisée.
- Azomion : Infirmière à N ; mais a travaillé à B également.
- Stimelle : Infirmière depuis 19 ans à P.

Établissements :

- P : Prison à régime ouvert, datant de 1972.
- N : Prison moderne, inaugurée en 2013. Principalement une maison de peines. Architecture en étoile. Accueille une majorité d'hommes, mais également des femmes. Principalement une maison de peine.
- E : Prison datant de 1997. Maison de peines à régime fermé.
- G : Prison datant de 1910. Principalement une maison d'arrêt. Architecture en étoile. Contient une annexe psychiatrique.
- H : Prison datant de 1884. Principalement une maison d'arrêt. Architecture en étoile
- K : Prison inaugurée en 1979. Elle est à la fois une maison d'arrêt et de peines, regroupe des femmes et des hommes et contient une annexe psychiatrique.
- B : Datant de 1867, elle est à la fois une maison d'arrêt et de peines.
- C : prison pour femmes.



4. Procédure

4.1. Échantillonnage

Les participants ont été recruté grâce au phénomène « boule de neige » (Combessie, 2007 ; Pires, 1997). Bien que nous ayons tenté de contacter les prisons directement afin qu'elles nous donnent les noms des professionnels de soin, c'est la méthode dite « boule de neige » qui a le mieux fonctionné. En effet, chaque prison contactée exigeait une autorisation spécifique. Dès lors, les participants étant difficiles à trouver, cette méthode s'est avérée très utile (Pires, 1997). Après avoir réalisé la première entrevue grâce à une personne-ressource, nous avons demandé à la personne de nous renseigner sur ses collègues travaillant dans le milieu. Nous avons répété ce processus lors de chaque entretien. Cette recherche visant l'exploration, nous n'avions pas de critères spécifiques concernant les participants, ce qui a facilité l'usage de cette méthode.

Les participants ont été recrutés principalement par mail, d'autres par téléphone. Dans tous les cas, nous nous sommes présentés, avons défini notre sujet, avons informé les participants de la durée de l'entretien, de son anonymisation et sa confidentialité, mais également que s'ils n'y voyaient pas d'inconvénient, l'entretien serait enregistré, en justifiant que la retranscription permettra d'être le plus fidèle possible à ce qui est dit. Nous terminons en donnant la liberté au participant de choisir le lieu de la rencontre.

Après neuf entretiens, nous avons considéré que la saturation était atteinte. Comme l'explique Savoie-Zajc (2007, p. 109), « la collecte de données s'arrêtera lorsque les catégories d'analyse auront atteint un point de saturation : les nouvelles données n'ajoutent pas de nouveau sens à ce qui est déjà compris ». Cependant, comme l'auteur précise également, « la question du nombre reste cependant arbitraire car elle n'est encadrée par aucune règle précise, mais plutôt par cette forme de « jurisprudence » ou de traditions de recherches pour un objet donné » (Savoie-Zajc, 2007, p. 104). Dès lors, il

semblerait que l'échantillon soit valide de par la saturation des données (Van Campenhoudt & Quivy, 2011), mais un risque est toujours présent.

4.2. Considérations éthiques

Lors de la rencontre, nous avons rappelé la nature, le but et la durée de l'étude. Les informations concernant la confidentialité et l'anonymisation de l'entretien ont été exposées. Ensuite, nous nous sommes assurés que le participant soit toujours consentant au fait d'être enregistré. Nous avons expliqué que cet enregistrement servirait à être la plus fidèle possible par rapport à ce qu'ils me diront ; mais qu'ils pouvaient demander à l'arrêter à tout moment. Lors des entretiens en prison, nous avons opté pour la prise de notes, notre enregistreur ne passant pas la sécurité. Enfin, nous avons informé le participant qu'il pouvait mettre un terme à l'entretien sans qu'aucune justification ne soit nécessaire. A la suite de ces informations, le participant a signé le formulaire de consentement éclairé présenté à l'annexe 2 reprenant les informations ci-dessus.

4.3. Influence du lieu de l'entretien

Les entretiens se sont réalisés dans un lieu déterminé par le participant. Deux d'entre eux ont choisi leur domicile comme lieu de rencontre, un participant nous a accueilli à son cabinet médical à domicile, deux autres à leur bureau professionnel, dont un au sein de l'hôpital dans lequel il travaille, une participante nous a donné rendez-vous dans une brasserie et trois autres nous ont invité à nous rendre dans leur cabinet en prison.

D'abord, ces différents lieux sont assez intéressants à analyser car cela semble démontrer le degré de confiance que la personne nous accorde. C'est notamment l'infirmière qui nous a invité dans une brasserie qui permet d'avancer cela car plusieurs fois avant et après l'entretien, elle s'est assurée de l'anonymisation des données. C'est le cas des infirmières en général, qui sont plus méfiantes envers le devenir des données. Nous interprétons cela en rapport avec l'administration pénitentiaire, qui demande des autorisations particulières pour les interroger. En effet, sur trois prisons contactées pour avoir le service infirmier, deux nous ont envoyé chez une personne ressource afin d'avoir

l'autorisation. Pour la troisième, nous avons contacté directement le service infirmier, qui nous a envoyé chez le directeur afin d'avoir son autorisation. Ce dernier a très vite accepté. Cependant, malgré son autorisation, l'infirmière rencontrée dans cette prison nous a confié qu'elle était la seule à bien vouloir nous recevoir, les autres étant craintives de nos questions et des répercussions que cela pourrait avoir. Concernant les médecins et les psychiatres, tous ceux qui ont été contacté ont accepté de nous rencontrer.

Nous avons aussi remarqué que selon le lieu, l'introspection du participant était différente. L'entretien dans la brasserie était particulièrement difficile, à cause du monde, de la musique et du passage de la serveuse. Nous avons nous-même du mal à nous concentrer. Concernant les entretiens en prison, certaines contraintes sont à noter. La première est le processus d'entrée, caractérisé par la sécurité. Dès lors, comme le mentionne Rostaing (2017), la patience est de rigueur puisque l'attente est associée au fait d'enquêter dans ce monde particulier. Lors de notre premier entretien dans ce milieu, nous avons d'ailleurs été interpellé par ce temps d'attente. La deuxième contrainte est représentée par le fait que ce soit un lieu de travail, mais également de passage. Un premier entretien s'est déroulé dans une pièce ouverte ; des appels téléphoniques et le passage des infirmières a interrompu la rencontre quelques fois. Ces conditions peu intimes ont peut-être contraint le participant à ne pas pouvoir dévoiler certaines informations. Cependant, lors des deux autres entrevues déroulées en milieu carcéral, cette deuxième contrainte ne s'est pas posée puisqu'elles se sont toutes les deux déroulées dans une pièce fermée, sans distraction. Cette variation d'un établissement à l'autre nous a donc permis de ne pas tirer de conclusions hâtives quant à l'influence du milieu. En bref, nous pouvons remarquer que le lieu choisi est une source d'information sur le participant, mais détermine également l'intimité dans laquelle se déroule l'entretien.

5. Méthode d'analyse des données

La méthode de l'analyse thématique a été utilisée pour comprendre la place des troubles sensoriels dans les soins en prison. Grâce à la retranscription des entretiens, nous

avons défini des thèmes représentant les données. Paillé et Mucchielli définissent l'analyse thématique :

Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 232).

Cette méthode a donc permis de remplir la fonction de repérage visant la création de thèmes relatifs à l'objet de l'étude, ainsi que la fonction de documentation visant à lier, expliquer et comparer les thèmes et codes retrouvés dans les retranscriptions (Paillé & Mucchielli, 2012). L'analyse thématique suit à cet effet une démarche inductive. Cette inductivité est notamment renforcée par le fait qu'aucun cadre théorique préexistant ne soit établi, comme Braun et Clarke (2006, p. 81) le préconisent lors d'une analyse thématique. L'avantage de cette méthode est qu'elle est flexible et peut résumer des caractéristiques-clés d'une base de données (Braun & Clarke, 2006).

En pratique, nous avons dans un premier temps écouté à deux reprises tous les entretiens afin de nous rappeler les différentes intonations verbales, les périodes de silence plus ou moins longues, etc. Ensuite, nous avons entrepris la lecture de chaque verbatim, en codant tous les éléments (mots, phrase, paragraphe) qui semblaient être importants pour la recherche. Par la suite, nous avons regroupé tous ces thèmes sur quelques feuilles, que nous avons analysé et regroupé dans des thèmes plus généraux. Nous avons ensuite instauré un code-couleur pour chaque thème et avons relu chaque entrevue en colorant le passage selon le thème correspondant. Nous avons repris ensuite tous les passages et les avons placés dans les catégories correspondantes sur l'ordinateur afin de faciliter l'analyse par la suite.

Chapitre 2. Résultats de l'analyse thématique

L'analyse thématique a fait ressortir six thèmes principaux : Le rapport aux sens, les caractéristiques propres à la prison, la perception du corps, la prise de substances, les mises en place par les soignants, l'évolution lors de la libération et l'influence de la culture. Chaque thème est composé de sous-thèmes le structurant. Des extraits d'entrevue seront utilisés afin d'illustrer les propos. Dans un souci de clarté, ils seront exposés en italiques avec un interligne plus petit que le texte. Concernant les trois entretiens déroulés en prison, étant donné l'absence de verbatim, nous sommes restés fidèles à notre prise de notes. Afin de contextualiser le participant, son nom fictif sera placé entre parenthèses ainsi que son métier et lorsque cela est pertinent, la mention du régime ouvert ou fermé dans lequel ils travaillent sera mentionné. Concernant la modernité du bâtiment, nous préciserons l'information dans le texte lorsque cela sera nécessaire, étant donné que certains travaillent ou ont travaillé dans différentes prisons, à la fois modernes et anciennes.

De plus, ces résultats intégreront des passages du carnet de bord de la visite de la prison de H présenté plus haut afin de compléter les propos des participants. Bien que cela ne se rapporte pas à l'interprétation des soignants, il nous a semblé judicieux d'illustrer davantage certains propos que nous avons eu l'occasion d'observer.

1. Rapport aux sens

Cette catégorie entre directement dans le vif du sujet puisqu'elle concerne explicitement la place des sens en détention. Elle reprend notamment ce que les participants en disent, les plaintes qu'ils ont à ce propos, les suppositions qu'ils font, etc. De plus, nous distinguons dans ce point les différences de discours notées entre les professions. Enfin, les professionnels s'expriment sur les phénomènes sensoriels observés en prison.

1.1. Distinction des troubles

Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes rendu compte que les troubles sensoriels étaient en réalité peu connus des soignants. Ce thème vise à démontrer ce que les participants pensent des troubles, les plaintes existantes ou non à ce propos, les suppositions qu'ils font sur les troubles, etc.

Une participante se prête à donner une définition générale de ce qu'elle entend par troubles sensoriels :

*« Je lui demande ensuite ce qu'est selon elle un trouble sensoriel. Elle me répond que c'est relatif à une **difficulté dans la perception** ; au niveau des sens, du ressenti physique et du ressenti de l'ambiance ». (Bojutette, psychiatre)*

Un autre n'a pas donné de définition telle qu'elle mais connaît le sujet car il a déjà été consulté spécifiquement pour ces troubles :

« Est-ce que vous avez des détenus qui ont déjà consulté spécifiquement pour des troubles sensoriels ?

P : Oui. Oui oui.

C : Donc ils viennent à vous et ils disent heu des problèmes de vue, des problèmes...

P : Voilà, des problèmes de vue, des problèmes d'ouïe « j'ai l'impression que je n'entends plus » heu... qu'on a placé des bouchons dans mes oreilles heu... l'impression que je ne sens plus ou que je sens trop, que j'entends trop, que je vois trop. » (Pacheco, psychiatre)

Mais en général, les plaintes à ce sujet sont peu nombreuses. Les autres relatent d'ailleurs l'absence de plainte :

« En tout cas ils ne viennent pas chez moi s'en plaindre ; mais en ont très probablement. » (Wooten, médecin)

« Mais voilà c'est... mais au niveau médical ça non. Là on... pendant nos consultations on n'a pas cette problématique. » (Stimelle, infirmière)

« Pas de plaintes spécifiques portant sur troubles sensoriels, plus des gens qui disent « je veux du tabac, je suis énervé » etc. » (Dierickx, médecin)

« Nous lui demandons ensuite à nouveau si elle a déjà eu des patients lui faisant part de cette expérience. Elle répond qu'elle a déjà eu des plaintes pour la vue (à cause de la lumière), mais pas pour le reste. » (Bojutette, psychiatre)

Au vu de l'absence de plaintes, ces soignants sont plutôt perdus, leur entretien se base plus sur des suppositions. Nous pouvons d'ailleurs le remarquer lorsque l'un d'entre eux

nous confie être « *curieux de me rencontrer car à part la vue, il ne se rend pas compte des perturbations que les gens peuvent avoir* ». (Dierickx, médecin)

Nous le constatons également lors des périodes de silence, de réflexion, de rire :

« *Est-ce que vous pensez que l'environnement a un impact sur ces troubles sensoriels, est ce que ça peut provoquer certains troubles ?* »

A : (silence, réfléchi). Ha (rires). Heu... (silence). Je ne sais pas si ça peut provoquer.. Oui, ça pourrait mais je pense que c'est pas plus à l'intérieur qu'à l'extérieur. Un exemple pour les problèmes de la vue, ben ils sont quand même souvent derrière leurs écrans heu.. dans leur cellule ils ont les jeux vidéos tout le temps donc ils sont quand même... leur vue est quand même assez heu... assez heu... » (Azomion, infirmière)

« W : heuu.. c'est une très bonne question (rires). Moi ce que je vois beaucoup... maintenant au niveau sensoriel vraiment c'est plus au niveau de la sensibilité cutanée que je pourrais voir quelque chose. Maintenant des sens de type vue, ouïe, odorat... j'ai pas l'impression d'objectiver grand-chose. Peut être plus au niveau de l'ouïe. » (Wooten, médecin)

Trois participants relatent tout de même qu'ils basent leur propos sur ce qu'ils ont entendu, ce qu'ils ont observé ou constaté :

« J : Alors ici c'est.. donc ce ne sont pas des suppositions, **c'est ce que j'ai vu, ce que j'ai entendu, ce que les agents m'ont aussi confié** ». (Jubadon, psychiatre)

« P : Ben il y a quand même... ce sont des milieux aseptisés, il n'y a pas beaucoup de subtilité, il n'y a quand même pas beaucoup de nuances heu... c'est froid, c'est métallique, c'est carrelé, c'est... Donc ce n'est pas un milieu qui heu... permet une explosion heu des sens quoi. » (Pacheco, psychiatre)

« Ici c'est **plus en discutant ou en regardant des feuilles de cantine** ou... » (Stimelle, infirmière)

Il a également été intéressant de remarquer que certains participants évoquaient leurs propres troubles sensoriels. C'est notamment le cas de l'infirmière Isalube, qui a commencé l'entretien en nous racontant les troubles qu'elle constatait sur elle-même. Elle se plaignait principalement du bruit, qui la rend « *à fleur de peau* » ; mais également de la lumière des néons qui est fatigante. D'ailleurs, elle raconte que « *certain détenus mettent des feuilles colorées sur les néons, et que du coup ça ne facilite pas le soin en cellule car on ne voit pas grand-chose* ». Elle admet plus tard qu'elle « *n'avait pas pensé aux troubles pour les détenus, mais que pour elle oui* » (Isalube, infirmière). La psychiatre

Bojutette nous fait également part de sa propre expérience concernant les perturbations sensorielles, en précisant qu'elle « *projette* » parfois sur les détenus car « *au final, elle est aussi dans la prison donc peut se rendre compte* » (Bojutette, psychiatre)

Dès lors, nous pouvons constater que les troubles ne sont pas un sujet traité à part entière, mais certains sont tout de même conscients de l'influence de l'environnement.

1.2. Influence de la profession

En analysant plus profondément les propos des différents participants, nous avons remarqué des différences de discours selon les professions. Bien que chacun relate ou suppose des informations relatives aux troubles, nous remarquons des spécificités dans chaque profession. Nous constatons effectivement que les psychiatres ont une explication plutôt lucide, semblent s'être intéressés au sujet puisque tous ont des explications concrètes de la déprivation. L'un d'entre eux dit également avoir été consulté spécifiquement pour cela, et les deux autres objectivent le peu de place laissée aux troubles sensoriels dans les soins en prison :

« *Elle ajoute qu'il n'y a **pas vraiment de place pour ça dans la relation soignant/détenu** ; que le soin est surtout utilisé pour calmer des plaintes urgentes. Les troubles sensoriels ne se déploient pas vraiment* ». (Bojutette, psychiatre)

« *C : Oui. Et pour revenir aux troubles sensoriels en tant que tels, est ce qu'on vous a déjà spécifiquement consulté pour ces troubles ?*

*J : Non, jamais. Ça n'a jamais été abordé heu.. bon ça pourrait l'être mais c'est un **niveau de finesse malheureusement auquel on n'accède pas** parce que il y a souvent trop d'autres choses à gérer heu.. Heu donc cet aspect-là n'est pas suffisamment étudié.* » (Jubadon, psychiatre)

Ce dernier participant précise tout de même que lorsque les limites sont dépassées, « *ça devient vraiment une préoccupation heu.. j'veux dire nationale et même d'instance internationale parce que là on sait quand même qu'on passe d'un niveau de maltraitance qui n'est pas accepté.* » (Jubadon, psychiatre).

Les médecins quant à eux ne semblent pas s'être intéressés spécifiquement à la question. Ils semblent d'ailleurs vouloir se déresponsabiliser de ce peu de connaissances à ce sujet en évoquant notamment le manque de temps disponible. C'est en tout cas le cas pour deux d'entre eux, pratiquant également à l'extérieur de la prison :

*« Parce que le problème c'est **qu'on n'a pas le temps**. On a en moyenne sur une consultation moi je fais le lundi et le vendredi donc c'est les pires journées évidemment ; le lundi je suis là 2h30, parfois 3h ; j'en vois une vingtaine. Donc heu c'est vraiment à la chaîne et on n'a vraiment pas le temps d'aller plus loin et on n'a pas les outils... »* (Wooten, médecin)

*« Nous **on n'a pas le temps** hein, on en voit 30 à 40 par matinée hein donc c'est.. ça doit aller vite quoi. »* (Saladin, médecin)

*« Nous autres ont est des médecins généralistes donc **on a chacun une clientèle privée**, on travaille à gauche à droite, on ne fait pas que de la prison hein. Et je pense qu'en Belgique, il n'y a pas de médecins... »* (Saladin, médecin)

Concernant les infirmières, toutes à temps plein en prison, elles semblent faire de nombreuses suppositions concernant les troubles, mais à part les problèmes de bruit relatés par les détenus, elles ne pointent pas d'éléments concrets influençant ces troubles.

A propos de la communication entre les différentes professions, les médecins et les infirmières tentent d'être en contact :

« Heu avec les infirmiers, on essaie régulièrement oui. Ben déjà on les voit systématiquement, ils sont avec nous systématiquement en consultation et 1x toutes les 6 semaines on fait une réunion d'équipe pour discuter des cas complexes. » (Wooten, médecin)

Mais les deux professions se plaignent de l'indisponibilité et du peu de contact avec le psychiatre :

« Avec le psychiatre jamais parce que il n'est là que le samedi et que c'est très compliqué de l'avoir ; on aimerait bien mais bon voilà. » (Wooten, médecin)

« Il faut savoir qu'à P, on n'a pas de psychiatre. Ça c'est un gros, gros soucis. Dans les établissements pénitentiaires, c'est qu'il y a peu de psychiatres. » (Stimelle, infirmière)

Or, ils considèrent que ce dernier a une approche différente de la leur, qui permettrait une meilleure prise en charge :

« Et elle n'a pas la même approche du détenu si tu veux, c'est un peu... c'est moins disciplinaire, c'est plus des entretiens, c'est pas le même caractère non plus. » (Saladin, médecin)

Les psychiatres sont donc moins présents alors que leur formation leur permettrait une approche plus fine de cette problématique. Les médecins, quelle que soit la conscientisation des troubles, tentent de se justifier en évoquant notamment le manque de temps. La plainte au niveau du psychiatre peut également être interprétée comme une mise à distance du problème, qui ne les concerne pas directement.

1.3. Phénomènes liés aux sens

Les soignants interprètent de plusieurs façons la réaction de l'individu et de ses sens face à la sensorialité du milieu carcéral.

1.3.1. Neutralisation des sens

La plupart des soignants reconnaissent une *inhibition*, une *abstraction*, voire une *habitude* de certains sens. C'est notamment le cas de l'audition :

*« Au niveau de l'audition, elle dit que c'est assez particulier car il y a parfois beaucoup de bruit, cela joue sans doute dans l'**inhibition** des sens. Il y a un bruit de fond avec parfois des sons brutaux. Elle dit que petit à petit on y fait **abstraction**, on en fait une lecture moins fine. »* (Bojutette, psychiatre)

*« enfin même moi quand je vais en prison, c'est des bruits que j'entends plus, c'est des bruits que **j'inhibe**, ces claquements de porte parce que à chaque fois qu'on passe une porte on doit appuyer sur un bouton et on entend l'ouverture de la porte. Et au début c'est très impressionnant et maintenant je fais d'un certain **automatisme** et quand je rentre en prison, je me rends compte, quand je dois avoir des gens qui m'accompagnent ils sont impressionnés... j'vois bien qu'ils sursautent à chaque ouverture de porte que moi pas ; c'est comme si je passais une porte normale quoi.*

*C : C'est comme une habitude ?
W : C'est vraiment une **habitude**. Et je pense que les détenus ben ils ont également ça. Et*

c'est... les bruits sont beaucoup plus dérangeants au début quand même. » (Wooten, médecin)

Un phénomène de neutralisation est également reconnu au niveau de l'odorat. Les participants reconnaissent que la prison a une odeur particulière, mais que eux et les détenus apprennent à ne plus sentir :

*« On apprend à **neutraliser l'odeur carcérale**. Elle me demande d'ailleurs ce que ça sent car elle ne sent plus » (Bojutette, psychiatre)*

« C : Mmh. Et donc pour vous l'odeur qui règne quand les gens ne prennent pas soin de leur cellule, ça a un impact sur leur odorat ?

*J : Alors ça a un impact heu... alors heu...c'est un peu comme dans tous les milieux. Au début on est vraiment choqué par ça. Heu... et puis on s'habitue. Mais je pense **qu'en s'habituant on se bloque de la sensation**. Donc on ne sent plus ni les mauvaises odeurs ni les bonnes. (Jubadon, psychiatre)*

Enfin, ces mécanismes joueraient également sur le goût, mais seul un participant en fait part, les autres pensent que la nourriture est correcte, quoi qu'un petit peu répétitive, selon l'établissement.

« P : J'ai déjà eu des patients, beaucoup de patients qui me disaient « je ne sens plus rien » ou « je ne goûte plus rien »

C : Ha oui OK, et ils expliquaient pourquoi ?

P : Ils ne savaient pas expliquer pour ça mais ils savaient très clairement localiser le lieu qui avait généré tout ça, qui était la prison. » (Pacheco, psychiatre)

La raison de cette inhibition est expliquée de façon différente selon les participants. La psychiatre Bojutette indique que *« ce sont des **protections** pour mettre les choses difficiles de côté »*. Le participant Pacheco mentionne quant à lui l'(in)utilité des sens en détention : *« Donc il y a une sorte de perte de sens, mais qui se... fin que moi je comprends parce que les sens c'est ce que nous utilisons pour explorer l'environnement et que quand la possibilité d'exploration est supprimé pour.. par le processus de domination, ben la fonction de ces sens... perd entre guillemets son sens et son **utilité**. » (Pacheco, psychiatre)*. Enfin, la participante Wooten se penche sur l'hypothèse de l'attention : *« Une fois qu'on **fixe son cerveau sur autre chose** heu... ça disparaît quoi. Enfin ça c'est mon expérience personnelle, j'me dis je dois venir consulter, je dois venir voir mes trucs et donc ce bruit là pfff... disparaît » (Wooten, médecin).*

La plupart des participants relatent donc une tendance à inhiber, à s'habituer, à neutraliser les bruits, les odeurs ou les goûts caractérisés par la prison.

1.3.2. Exacerbation des sens

Cependant, certains font mention du phénomène inverse : une possible exacerbation des sens.

Le participant Pacheco précise effectivement que « *tout tend vers l'inhibition mais dans un environnement paranoïde, vous pouvez avoir de manière aigüe des exacerbations, notamment par les dissymétries du voir-vu* » (Pacheco). Il mentionne tout de même que cela concerne une minorité des détenus : « *Et puis vous avez quelques enfin... Une série fin.. de de patients qui sont moins nombreux que les premiers qui peuvent développer véritablement une **exacerbation des sens de manière tout à fait délirante et également induite par le lieu.*** » (Pacheco, psychiatre). Cette exacerbation est également relatée sous forme d'« **hyper-vigilance due à un traumatisme** » (Bojutette, psychiatre), ou encore comme une exacerbation pour réaliser les trafics organisés entre détenus :

*« Parfois certains racontent qu'ils sont attentifs au bruit pour pas se faire prendre pendant les trafics qu'ils organisent par l'extérieur, par les fenêtres. Donc y'en a qui font le **guet, ils sont attentifs à des bruits inhabituels** (pigeons qui s'envolent, bruit de pas inhabituel...). Ça vise donc plus l'organisation de leur quotidien que la sphère des pathologies ».* (Dierickx, médecin)

En conclusion, la déprivation sensorielle présente en prison provoque en quelque sorte un phénomène de neutralisation face aux stimuli carcéraux ou au contraire, une exacerbation, expliquée comme un délire, une attention aux bruits pour ne pas se faire coincer dans la réalisation d'un acte illégal ou encore comme une hyper-vigilance due à un traumatisme. Ces phénomènes sensoriels concernent principalement l'odorat et l'ouïe ; un participant relate le goût également.

2. Caractéristiques propres à l'institution

Selon les caractéristiques de la prison, que ce soit au niveau de l'ancienneté ou modernité du bâtiment, de son régime, du genre qu'elle abrite, du niveau d'isolement qu'elle contraint ou de sa structure, des différences d'interprétation au niveau sensoriel ont été notées.

2.1. Ancienneté du bâtiment

Parmi les participants rencontrés, certains travaillent dans des établissements modernes, d'autres dans de plus anciens et d'autres travaillent ou ont travaillé dans les deux milieux. Durant l'analyse des entretiens, nous avons constaté plusieurs différences dans la prise en compte des troubles selon l'ancienneté du bâtiment. Cela se remarque notamment au niveau de l'hygiène, du bruit, du contact et du soin.

2.1.1. L'hygiène

Premièrement au niveau de l'hygiène, elle semble « *déplorable* » dans les anciennes prisons. Dans l'une, « *Il y a des rats, des cafards dans la prison de G* » (Bojutette, psychiatre). Cette participante mentionne également que les toilettes ne sont pas dans les cellules, que les détenus doivent faire leurs besoins dans un sceau qu'ils vident le matin. Dans une autre, « *ils dorment pas dans des draps propres, leur douche ben ils peuvent la prendre mais y'a le risque de se faire agresser par un autre dans la douche alors que... voilà.* » (Azomion, infirmière).

Une participante qui a eu l'occasion d'aller visiter une autre prison, plus ancienne que son établissement actuel, relate la différence entre les deux :

« *Mais j'ai pas l'impression que spécifiquement en prison... en tout cas à N parce que c'est une prison où en plus ils ont leur heu.. leur douche en cellule donc au niveau.. Oui on est un peu une prison 4 étoiles hein. Donc au niveau d'hygiène ils sont bien comparés à.. j'ai déjà été visiter une fois K, les prisons sont.. heu pardon les douches sont sur le pallier, ils sont à 3 en cellule parfois qui n'est prévue que pour 1. À N, c'est excessivement rare d'en avoir 2 les mêmes dans une cellule hein. Donc heu voilà.* » (Wooten, médecin)

2.1.2. Le bruit

Deuxièmement au niveau du bruit, les participants travaillant dans des prisons plus anciennes mentionnent spontanément le bruit comme facteur pouvant entraîner des troubles sensoriels. Ces bâtiments sont notamment caractérisés par leur résonance : « *Dans l'annexe de H, cela résonne énormément, **on ne s'entend pas parler.*** » (Bojutette, psychiatre). Lors de la visite de la prison de H, nous avons également expérimenté ce bruit constant. Comme nous le reportons dans le carnet de bord :

« *Le **bruit des portes, les mouvements** des différents acteurs de la prison et leurs **conversations** caractérisent la douce mélodie de cet environnement à ce moment.* » (Carnet de bord, 5 juillet 2019)

Pour ceux travaillant dans des établissements modernes, c'est nous qui avons posé la question aux sujets. L'un d'eux ayant travaillé dans un ancien établissement compare les deux bâtiments concernant le bruit :

« *Beaucoup ne **dorment pas la nuit** parce que y'a le claquement des portes quand les agents font leur surveillance heu... y'a le bruit sonore des collègues de.. qui mettent la musique la nuit heu.. mais **ici voilà, on n'a pas trop de plaintes** à ce niveau-là.* » (Azomion, infirmière).

2.1.3. Le contact

Troisièmement au niveau du contact, la modernité de l'établissement est reconnue par deux psychiatres comme ayant un impact sur les possibilités de contacts. Ils relatent les propos de détenus :

« *Les détenus préfèrent G par rapport aux prisons modernes car il y a plus de contacts possibles (notamment avec les agents). **Dans les prisons modernes, ils ont tout en cellule (ordinateur, télévision, ...)** donc n'ont **pas besoin des agents*** ». (Bojutette, psychiatre)

« *Je n'ai jamais moi directement exercé donc je n'ai pas pu observer dans les nouvelles prisons, mais ce qui m'est fortement revenu de patients qui transitaient dans ces **prisons modernes** telles que N et Z, était le **confinement en cellule** assez important de part notamment l'implémentation de leur système prison-net, à partir duquel ils devaient tout*

gérer. Mais ce prison-net les mettait de moins en moins en contact avec un autre humain de l'autre côté, c'est-à-dire l'agent pénitentiaire. Et donc, les privait de tout échange et de toute saisie d'informations heuuuu... psychosensorielles » (Pacheco, psychiatre)

Le premier participant mentionné ci-dessus travaille tant dans des anciens établissements que dans des nouveaux, il a donc pu lui-même se rendre compte de cette problématique. Les participants travaillant uniquement dans un établissement moderne ne mentionnent pas cet isolement particulier contraint par la modernité de la prison.

2.1.4. La disponibilité du soin

Enfin, nous constatons également que les participants faisant partie d'établissements modernes se disent satisfaits de leur prison, la comparant notamment à « *une prison 4 étoiles* » (Wooten, médecin). La disponibilité des services santé est selon eux un facteur qui joue grandement. Nous avançons cela grâce à des mots tels que « *carrément* » ou « *hein* » :

*« En fait l'infirmerie c'est une aile complète dans laquelle on a le coté médical, le coté infirmier, le coté kiné, dentiste et on a aussi le coiffeur **hein**. On ne sait pas ce qu'il vient faire dans l'histoire mais on a un coiffeur qui est dans notre aile. » (Wooten, médecin)*

*« Oui ; à la prison ou je travaille on a un couloir qui est **carrément** dédié aux soins médicaux, avec heu... donc on a 5 médecins, on a 3 dentistes, 2 assistantes dentaires, on a 3 kinés, 1 psychiatre, on est 5 infirmiers, heu on a 1 dermatologue ; voilà ça c'est assez vaste. On a... ouais **on a tout l'équipement nécessaire** heu... voilà. » (Azomion, infirmière)*

Les participants des prisons modernes se disent donc bien lotis comparés aux autres, ce qui leur permet peut-être de se distancier de ces troubles. Cependant, les nouvelles prisons ne sont pas à bénir puisque fondamentalement, le principe de la prison reste le même comme le précise le participant Pacheco :

*« Mais la plupart des établissements pénitentiaires belges ont été construit sur ce modèle-là. C'est vrai que même les établissements modernes gardent si plus dans l'architecture, mais au moins dans la philosophie, la cellularité comme modèle principal (...) Le décor il a fortement changé entre heu... 1875 et 2019. **Le décor n'est plus du tout le même. Mais le logiciel reste pratiquement effectif.** » (Pacheco, psychiatre).*

2.2. Régime

Selon le régime mis en place dans la prison, la prise en compte des troubles est différente. Malheureusement, nous n'avons rencontré qu'une personne travaillant dans un milieu ouvert. Elle décrit ce milieu comme-ci :

*« Heu... **Semi-ouvert** veut dire aussi qu'ils ont une ouverture de cellule, ils ne sont pas en cellule 24/24 ou 22/24h pardon comme dans les autres établissements chez nous. Ils sont libres de 8h du matin jusqu'à 20h. (...) Donc ils se lèvent le matin, vont faire de la course à pied, peuvent faire du sport, peuvent aller au travail, peuvent heu... voilà. C'est tout à fait différent d'un établissement pénitentiaire traditionnel ».* (Stimelle, infirmière, prison ouverte)

Cependant, il est intéressant de rapporter que les deux participants travaillant à la prison de N considèrent également leur prison comme ouverte :

*« Maintenant à N on a une chance quand même c'est une prison un peu spéciale hein, c'est une prison **ouverte**. Donc ils ne sont pas... enfin ouverte, c'est comme ça qu'ils l'appellent hein, c'est pas P quoi, c'est pas du tout heu... c'est pas le camp de vacances quand même (rires) ; mais disons que leur cellule est beaucoup plus ouverte que dans les autres prisons. »* (Wooten, médecin, prison fermée)

Comme nous pouvons le voir, la personne travaillant dans un milieu réellement ouvert dit que son établissement est semi-ouvert ; tandis que celles travaillant dans un milieu considéré comme fermé le décrivent comme ouvert. Cette différence de mentalité est intéressante à prendre en compte dans notre recherche, principalement en ce qui concerne la suite des propos qui vont démontrer qu'en réalité, la prison de N est sur certains points, comparables à d'autres prisons totalement fermées.

Les interprétations selon le régime de la prison diffèrent au niveau de la lumière, de l'aération et de la disponibilité du travail. Au niveau du bruit par contre, la participante explique que c'est un problème chez plusieurs détenus *« comme partout ailleurs »* (Stimelle, infirmière, prison ouverte).

2.2.1. La lumière

Tout d'abord la lumière est évoquée par trois personnes comme ayant des impacts au niveau de la vue car les néons sont fatigants, agressifs, il n'y a pas assez de lumière du jour. En milieu ouvert, la participante relate très peu de problèmes de vue. Elle explique notamment cela par les « *grandes fenêtres* » de la prison.

Le manque de luminosité nous a effectivement interpellé lors de notre visite de la prison de H : « *Nous marchons à travers les dédales **sombres** de la prison (...) Seule une **petite fenêtre** située tout en haut, au fond de l'aile, éclaire le couloir.* » (Carnet de bord, 5 juillet 2019). Revenons sur quelques extraits illustrant cette plainte au niveau de la lumière dans les établissements fermés :

« *peut être la vue, suite au manque de lumière heu.. avec ce système de.. de **volet intégré à la fenêtre**, de store intégré à la fenêtre qu'on ne sait pas ouvrir en grand fin... Et puis c'est des **LED assez forts**.* » (Azomion, infirmière, prison fermée)

« *A Y, l'architecture est un carré où la **lumière ne passe que d'un certain côté**, donc certains détenus n'ont pas de lumière du tout* » « *En discutant par après, elle mentionne la vitamine D, qui est déjà carencée dans la population belge, mais dit que les détenus doivent être totalement carencés.* » (Bojutette, psychiatre, prison fermée)

« *Pas une majorité mais quelques cas spécifiques qui ont **du mal avec les lumières vives*** » (Wooten, médecin, prison fermée)

« *Au niveau des stimulations [visuelles], c'est compliqué car il n'y en a pas beaucoup. Elle me montre alors la fenêtre de son bureau, couverte de barreau, sombre, avec une « vue » sur quelques arbres et maisons ; mais on ne voyait en réalité pas grand-chose. Pourtant elle ajoute : « J'ai de la chance ».* (Bojutette, psychiatre, prison fermée)

En milieu ouvert par contre, les grandes fenêtres qui ne sont pas opaques donnent selon la participante une grande possibilité de luminosité :

« *Je pense parce que au niveau luminosité ils ont **des grandes fenêtres**, c'est pas du tout des petites fenêtres heuuu toutes heu... tri... avec un..*

C : Un treillis ? Un grillage ?

*S : oui non y'a des grillages chez nous aussi mais c'est espacé de ça (montre avec ses mains une longueur de plus ou moins 20-30cm). **C'est pas les fenêtres opaques** comme dans certaines prisons avec uniquement des petits carrés comme ça pour respirer... non non non » (Stimelle, infirmière, prison ouverte)*

Ce qui est intéressant, c'est que la participante ne relate pas le fait que les détenus peuvent aller dehors toute la journée, et que la lumière du jour soit donc très accessible.

2.2.2. L'aération

Ensuite, le manque d'aération est pointé comme le grand défaut dans les prisons fermées. Dans leur cellule durant la majorité de la journée, les détenus n'ont qu'une petite fenêtre pour aérer leur chambre, souvent partagée à plusieurs :

*« Alors un petit soucis qu'on a aussi au niveau de notre prison c'est que... le système de.. d'ouverture des fenêtres n'est pas comme dans les autres prisons. **On ne sait pas ouvrir la fenêtre. Donc on sait juste l'ouvrir d'un petit cran** donc l'aération de la pièce n'est pas top je pense. Heu... y'a beaucoup de... les problèmes d'asthme et tout ça, on a beaucoup. C'est un problème qui est connu dans l'établissement et heu... »* (Azomion, infirmière, prison fermée)

*« ça ne sent pas bon en prison, **peu d'aération, odeurs** de poubelles, de cuisine, de vie communautaire etc. »* (Dierickx, médecin, prison fermée)

Nous avons également remarqué l'odeur particulière qui caractérise la prison :

« Tout de suite j'ai senti cette odeur dont j'ai entendu parler. Elle nous prend réellement, je me suis sentie vaseuse dès que nous avons fermé la porte. » (Carnet de bord, 5 juillet 2019)

En plus de cela, les deux seules heures durant lesquelles les détenus peuvent s'aérer seraient parfois compromises à cause de la dangerosité du préau :

*« Heu.. pour certains, si il y a des **tensions entre certains détenus**, aller au préau ou à l'extérieur, ils vont être plus exposés à des menaces ou des... des rivalité de gangs ou d'autres ou du racket »* (Jubadon, psychiatre, prison fermée)

*« y'en a qui ne travaillent pas et qui ne vont même pas au préau parce qu'ils ont peur parce que **le préau c'est vraiment sous la domination des musulmans** donc c'est-à-dire les... les marocains enfin les arabes en général. »* (Saladin, médecin, prison fermée)

*« Elle leur dit aussi de **prendre l'air dans la cour**, mais parfois c'est difficile de leur dire ça car elle raconte qu'à E, la cour n'est pas accessible à tout le monde car très dangereuse. Elle dit qu'elle-même ne voudrait pas y aller. Elle raconte que c'est les gangs qui y vont, certains n'osent pas y aller car ils vont se faire taper. »* (Bojutette, psychiatre, prison fermée)

En milieu ouvert, la participante rigole lorsque nous lui demandons si l'odeur est marquée. Elle explique que le fait que la prison soit située à la campagne a un impact sur l'odorat et par conséquent, sur l'aération :

« Au niveau odorat et tout ça, le jour où ils coupent les foins, ils peuvent ouvrir la fenêtre et on a l'impression qu'on est à la campagne. » (Stimelle, infirmière, prison ouverte)

« Et au niveau de l'odorat, l'odeur est très marquée ou pas à P ?

S : Heu non parce que nous ils vivent dans la campagne (rire) donc c'est tout à fait différent » (Stimelle, infirmière, prison ouverte)

La participante du milieu ouvert revient d'ailleurs sur sa visite de la prison de Y, qui lui a permis de comprendre l'odeur des détenus :

« Et là je veux dire, odeur je reviens parce que sur l'odeur... quelque chose qui m'avait frappé voilà 10-12ans, c'étaient les gens, les transferts, les patients qui venaient de Y, y'avait une odeur. Ils arrivaient à P et nous dans notre cabinet médical heu... à l'infirmerie on se disait mais c'est pas possible quoi. C'est... Et en fait on a demandé pour aller visiter Y. Avec ma collègue en disant mais c'est pas croyable, c'est pas possible. Et on s'est rendu compte que là y'avait vraiment.. les bâtiments étaient tellement anciens que ça sentait heu... le renfermé, ils vivaient vraiment l'un sur l'autre et on s'est « ho mon dieu mon dieu mon dieu ». » (Stimelle, infirmière, prison ouverte)

C'est donc intéressant de voir que la soignante travaillant en milieu ouvert ne se rend pas spécialement compte de la situation de sa prison. Restons cependant prudent face à cette interprétation puisque durant l'entrevue, la participante a tout de même fait état d'une comparaison avec l'extérieur :

« Nous on est plus proche de la réalité finalement donc heu... » (Stimelle, infirmière, prison ouverte).

2.2.3. La disponibilité du travail

Enfin, le travail est considéré comme aidant particulièrement au niveau sensoriel puisqu'il permet au détenu de sortir de sa cellule, de sociabiliser etc. Cependant, la disponibilité de ce travail est différente selon le régime de l'établissement :

« C'est [le travail] vu comme un privilège auquel les gens tiennent. Et je pense que c'est aussi en lien avec la déprivation sensorielle parce que c'est ce qu'on appelle les servants

*de section donc certains vont distribuer la nourriture, heu.. faire de l'entretien, mais vont être **en dehors de leur cellule** j'pense heu.. 10 à 12 heures par jour heu.. alors que les sorties c'est parfois 2 heures de sortie de la cellule par jour. Et donc c'est énorme en termes de pouvoir aller et venir, même si l'endroit est restreint, voilà avec une activité et même des **contacts avec les autres détenus** puisqu'ils amènent des... les repas par exemple, des choses comme ça. » (Jubadon, psychiatre, prison fermée)*

*« Donc on peut supposer quand même qu'il y a un **lien entre leur relativement bonne santé et le régime semi-ouvert et le travail**, donc la mise en mouvement dans des petites unités finalement assez collégiales à la cuisine ils sont 4 ou 5 heu... aux cantines ils vont être 7 ou 8 heu... Donc ils recréent par le travail de petites entités heu... Voilà, collégiales heu.. humaines avec la **possibilité de papoter** ; ils ont souvent des relations quand même très symétriques avec leur responsable. Ils se tutoient, ils rigolent ensemble heu... » (Pacheco, psychiatre, prison fermée)*

*« Travail pénitentiaire : privilège (10% de travailleurs), pas reconnu comme un vrai travail, c'est plus une occupation. **Ça aide à vivre plus facilement la détention** : ils sont d'ailleurs plus souriants, meilleure santé mentale, ils se sentent utiles. » (Dierickx, médecin, prison fermée)*

En milieu ouvert, « *tout le monde peut travailler* ». Les travaux sont assez diversifiés : « *Il y a des constructions de meubles, il y a des palettes heuu.. menuiseries mais qui fait autre chose que des meubles aussi ; il y avait des ateliers de recouvrement de meubles heu... il y a la ferme, le jardin, toutes les formations : langues, français, alphabétisation, théâtre heu... Non non c'est quand même fort diversifié.* » (Stimelle, infirmière, prison ouverte). La participante reconnaît d'ailleurs que cela aide les personnes à être en contact avec d'autres : « *Je pense que plutôt que de rester couché ou allongé sur son lit pendant 16h ; le fait de travailler permet déjà d'avoir une vie légèrement sociale parce que quelque part quand ils sont en atelier ben ils sont plusieurs.* » (Stimelle, infirmière, prison ouverte)

Dès lors, les professionnels perçoivent le travail comme un facteur facilitant la détention et sa sensorialité particulière. Cependant, la disponibilité du travail est différente selon le régime, le milieu ouvert permettant à tout détenu de travailler ; le milieu fermé engageant seulement dix pourcents des détenus.

Nous constatons à travers ces propos que le milieu ouvert permet plus de diversification des stimulations sensorielles, mais les bienfaits de ces stimulations ne semblent pas être totalement conscientisés par la participante. Nous pouvons alors faire deux hypothèses.

Soit que cela soit évident pour elle, qu'il n'est pas important de le mentionner ; soit qu'elle ne soit jamais posée la question au niveau sensoriel et qu'elle ne se rend pas compte des bénéfices de son milieu.

Par contre, pour revenir sur la distinction des participants qui se disent en milieu « semi ouvert » et « ouvert », nous remarquons que le milieu dit « semi ouvert » permet nettement plus de stimulations que celui dit « ouvert », dans lequel, bien que les portes soient ouvertes, les détenus sont coincés à l'intérieur, ne permettant pas les stimulations que la prison réellement ouverte offre.

2.3. Genre

Les soignants rencontrés font également une distinction au niveau du genre, de la différence entre les prisons d'hommes et de femmes. La grande différence semble se présenter au niveau de l'image de soi, à laquelle les hommes tiennent énormément. Cela se représente notamment au niveau des ateliers, de la sensualité, des relations sexuelles et du sport.

Les ateliers en prison sont plus présents dans les établissements pour femmes. Une participante interprète cela par la présence d'enfants, mais également par l'image de soi que les hommes ont à tenir :

*« Elle dit que c'est différent chez la femme, qui a une façon de voir les choses différentes, dans un cadre différents puisque des enfants sont à la prison, il y a plus d'atelier (musiques, peintures, ... -> **éveil créatif**). Pour les hommes, ils sont moins ouverts à cela car ils ont une image à tenir. »* (Bojutette, psychiatre)

Concernant la sensualité, bien qu'elle ne soit pas mentionnée comme telle, les participants évoquent les différences au niveau des odeurs, de l'entretien de soi-même, etc., ce qui aurait un impact positif sur la déprivation :

« elles sont habillées en civil, se maquillent, se coiffent... » (Bojutette, psychiatre)

*Alors ce qui frappe déjà quand on entre, c'est que **ça sent bon**, ça sent le propre, le détergent, le parfum. Heu.. et là c'est.. fin j'veis dire c'est beaucoup plus joli, on se dit*

qu'il doit faire meilleur vivre dans ces prisons. Et donc là il y a moins de déprivations sensorielles. (Jubadon, psychiatre)

Cette sensualité, décrite par l'odeur de parfum, le maquillage, le simple fait de prendre soin de soi, serait donc pour les soignants, bénéfique au niveau sensoriel.

Enfin, les relations homosexuelles sont considérées comme bénéfiques par certains soignants. Elles sont présentes tant chez les femmes que les hommes, mais concernant les hommes, c'est beaucoup plus tabou :

« Les femmes ont beaucoup de relations homosexuelles, ça leur fait du bien. Mais les hommes, c'est vraiment un sujet tabou. Conséquences de cette carence tactile : impact le moral, repli sur soi. » (Dierickx, médecin)

« Je lui demande si elle note des relations homosexuelles et elle me raconte ensuite qu'elle met des dispositifs à disposition des détenus (une dizaine par jour) et ils partent, mais elle se demande si c'est pour des relations ou pour un détournement d'objet » (Isalube, infirmière)

Dès lors, les soignants constatent ces relations et les mettent en lien avec le toucher, le contact.

Il semble donc que les soignants distinguent les hommes et les femmes au niveau de la disponibilité ou la recherche de stimulations. Ils perçoivent les hommes comme ayant une image de soi à tenir, contrairement aux femmes qui prennent ce qu'on leur offre.

2.4. Structure de la prison

La structure, l'architecture de la prison est également désignée par deux participants comme ayant un impact au niveau sensoriel.

« Y'a déjà un impact structurel, qui est directement heuu... lié à la manière dont le modèle cellulaire a été pensé ». (Pacheco, psychiatre)

Les deux participants ont une interprétation différente de l'impact que peut avoir la structure de l'établissement.

Le premier se centre sur la dissociation du couple voir-vu, induit par le processus de transformation préconisé par la prison :

*« Dans le modèle cellulaire, il y a une **dissymétrie voir-vue**, vous êtes toujours vu et vous savez jamais quand vous allez pouvoir voir. C'est l'agent qui sait guider, choisi d'ouvrir le guichet, c'est l'agent qui choisit d'ouvrir la porte. Donc **vous êtes quelque part suspendu au regard de l'autre** ». (Pacheco, psychiatre)*

Ce participant mentionne plus loin les effets de l'architecture au niveau psychique et éventuellement psycho-sensoriel. Cette « *dissymétrie du voir-vu* » caractériserait un « *environnement paranoïde* » qui entrainerait selon lui des exacerbations aiguës des sens. Cette dissymétrie a également été constatée lors de la visite de la prison de H. Tel que nous l'avons relaté dans le carnet de bord :

« Pour passer une porte, on pousse sur un bouton et on attend que la personne placée au centre, que nous ne voyons pas, nous ouvre. » (Carnet de bord, 5 juillet 2019)

Cette expérience nous a permis de mieux comprendre l'effet paranoïaque que le participant Pacheco raconte. A plusieurs reprises, en attendant l'ouverture d'une porte, nous nous sommes retournés afin de voir où se trouvait la caméra. A chaque porte, une caméra existe ; nous nous sommes sentis particulièrement épiés.

Le deuxième mentionne la différence entre les architectures en étoile et en niveau :

*« Heu.. alors la structure de la prison peut jouer aussi quand ce sont des structures de prison en étoile à l'ancienne. Heu.. et les structures en niveau. Et étonnamment les **structures en étoile sont beaucoup plus bruyantes**. Mais par contre il y a étonnamment le contrôle social qui se fait. Parce que si quelqu'un va crier toute la nuit, il va réveiller tous les autres qui vont lui dire le lendemain « écoute tu te calmes tu vas voir le médecin ». Donc il y a **beaucoup moins cette déprivation sensorielle même si certains vont dire c'est bruyant**, c'est insupportable, heu... il y a pas cette impression d'extrême solitude parce que il y a toujours ce bruit de fond heu... de la prison où il y a un visuel un peu sur tout. Enfin, l'idée était d'avoir un poste de.. de contrôle central. **Alors que la prison de E par exemple est une prison de haute sécurité donc heu.. ce sont des étages avec heu... le plafond est bas, les murs sont épais et donc quand une cellule est fermée, on n'entend absolument rien heu.. et donc là il y a de la déprivation sensorielle et parfois beaucoup de pression qui peut monter entre les détenus.** » (Jubadon, psychiatre)*

Dès lors selon ce participant, les structures en étoiles déprivent nettement moins les individus au niveau auditif de par le bruit que cela engendre ; contrairement aux structures en niveau qui elles ne laissent passer aucun son.

Ces deux extraits montrent que seule une minorité des soignants envisagent la structure de la prison comme ayant un impact au niveau sensoriel.

2.5. Situation d'isolement extrême

Grâce à ce qui a déjà été dit, nous savons que les soignants considèrent les prisons fermées pour hommes comme dépourvues de stimulations sensorielles. Cependant, certains mettent l'accent sur les situations exceptionnelles d'isolement, comme c'est le cas lors de grèves, lors de la mise en cachot ou encore pour les détenus terroristes. Selon eux, ces situations, désignées comme une « *torture mentale* » coupent l'individu du monde extérieur, réduisant à bien peu les stimulations.

Les périodes de grèves prolongées sont mentionnées par un participant comme étant catastrophiques, coupant toute source de stimulations (les visites, le préau, etc.). Cela aurait un impact considérable sur la personne :

*« Parfois des patients qui **sombrent dans un état dépressif de par la déprivation sensorielle**. Et ça c'est quelque chose qu'on a pu observer ben de manière dramatique lorsqu'il y a eu une grève très prolongée des agents. Heu... on a eu vraiment un syndrome un petit peu comme c'était décrit dans les camps de concentration où y'a vraiment un.. un désespoir qui s'installe. Donc pendant qqes jours les détenus.. patients comme détenus manifestent leur colère, leur mécontentement lorsqu'il n'y avait plus de... plus de visites, plus de sorties en préau, des choses comme ça. Et puis, il règnait dans la prison vraiment un **silence effrayant** parce que il y avait une résignation et donc c'est ce qu'on a pu observer aussi dans des expériences ou rapportées par des anthropologues dans des situations de guerre, des choses comme ça. Vraiment, cette **perte de la dimension humaine** quelque part de la personne heu... qui en est réduit juste au physiologique, l'alimentation, dormir heu... » (Jubadon, psychiatre)*

Une autre participante mentionne le même processus pour les détenus dits « terroristes », soumis à un régime très strict qui aurait des effets en termes de sensorialité et de résignation :

*« Ils ont un régime très strict, ils font tout tout seuls : ils sont seuls en cour, en cellule etc. Elle en a suivi un et dit que cet isolement a un **impact sur le physique et sur les sens**. Elle a remarqué des périodes **dépressives** et le détenu **ne voyait plus bien, ne goutait plus** (mais dit que la diminution du goût est lié à la dépression). Face à cette difficulté physique, un sentiment de détresse apparaît. Ils ne sont en contact avec personne car l'administration a peur de l'influence qu'ils peuvent avoir sur les autres. Ils sont donc en cour individuelle ; c'est tellement horrible que certains ne veulent même plus sortir. Au **niveau du toucher, le contact physique est très limité**. » (Bojutette, psychiatre).*

Concernant la mise au cachot, le phénomène est interprété différemment. D'abord, décrivons ce « cachot » afin de mieux contextualiser les propos qui suivront.

« Le gardien qui nous accompagne ouvre d'abord une porte métallique, puis nous nous retrouvons face à des barreaux et une vitre en plexi glace, qui montre une cellule habitée par une personne, couchée sur un lit. Un petit rayon de lumière éclaire la pièce, la nourriture est étalée au sol. Aucune perspective n'est ouverte à la vue, le silence règne. » (Carnet de bord, 5 juillet 2019)

Bien que le détenu soit enfermé, seul dans une pièce peu éclairée, sans rien à sa disposition ; certains réclameraient cette hypo-sensorialité selon un participant :

« On a beaucoup de patients qui vont forcer une mise au cachot de 9 jours pour se retrouver dans un environnement qui est serein d'un point de vue sensoriel. Parce que c'était trop. Trop de bruit en surpopulation. Vous allez dans l'annexe psychiatrique, ça cogne partout sur les lits, sur les... et ça c'est parce qu'ils sont 2 en cellules dans 9 mètres carrés. A un moment donné ça devient insupportable, il fait chaud etc etc. Donc on a des patients « et ça je ne peux plus, il y a trop d'excitation ici », et qui frappent leur codétenu comme ça ils ont la certitude qu'ils vont aller 9 jours au cachot. » (Pacheco, psychiatre)

Il continue en disant que l'institution a prévu cet isolement contraint spécifiquement pour « faire replonger le sujet à l'intérieur de lui-même pour qu'il trouve la rédemption, la réconciliation, la prospection etc etc. » (Pacheco, psychiatre)

L'analyse de ce participant ne semble pas partagée par un de ses collègues, décrivant les détenus séjournant au cachot comme beaucoup « plus agités » (Dierickx, médecin).

Alors que les deux participants ci-dessus interprètent le comportement retrouvé chez les détenus placés au cachot différemment, un autre explique que cet isolement contraint est parfois utilisé par l'administration pénitentiaire pour punir les individus :

*« Alors il y a aussi une chose c'est que dans la prison... comme ils sont déjà en prison ben c'est compliqué... la punition ou la mesure j'veais dire heu c'est une cellule d'isolement. Alors là justement, c'est ça **le coté j'veux dire punitif, c'est la déprivation sensorielle complète.** Heu... dont on sait qu'elle peut engendrer des hallucinations ou vraiment une torture mentale heu... »* (Jubadon, psychiatre)

Ayant eu la chance de voir ce qu'étaient les cachots à la prison de H, nous revenons sur notre vision des choses. Comme nous le rapportons :

*« Une fois ses vêtements remis, il s'emporte ; crie sur les médecins, les traitant d'incapables. Ensuite, il se tourne vers la stagiaire et moi-même, qui assistions à la scène et nous adresse : **« Et vous là, vous me regardez, vous croyez j'suis un animal ou quoi ? »** »* (Carnet de bord, 5 juillet 2019).

*« Nous refermons ensuite la porte et j'échange quelques mots avec la stagiaire pendant que les médecins discutent entre eux. Quelques minutes plus tard, **nous entendons ce détenu crier à travers la porte, nous demandant de nous taire. Il ne supportait pas entendre du bruit.** J'ai trouvé cela assez interpellant, j'en fais part à la stagiaire qui m'explique qu'en isolement, ils ne supportent pas le bruit. »* (Carnet de bord, 5 juillet 2019).

Dans ce cas, le calme évoqué par le docteur Pacheco, l'agitation décrite par le docteur Dierickx ainsi que la déprivation sensorielle complète mentionnée par le docteur Jubadon sont retrouvées. Mais une autre interprétation nous semble également judicieuse à mentionner. En effet, le fait que le détenu dans ce cas se considère comme un animal est très intéressant. Avant la verticalisation de l'homme qui a placé la vue comme sens principal, l'odorat et l'ouïe étaient des sens primitifs (Freud, 1971). La prison n'offrant aucune perspective à la vue, mais étant caractérisée par les bruits qu'elle engendre ainsi que par son odeur carcérale ; nous nous posons la question du rapport entre le détenu et l'animal, qui s'orientent tous deux selon ces deux sens animaux. Ce rapport peut être reporté à la vie carcérale générale. Il serait cependant intéressant de comparer le ressenti des détenus au cachot et dans la cellule à ce propos.

Outre cette analyse personnelle, les participants sont d'accord pour dire que les situations d'isolement extrême telles que les grèves prolongées, le régime réservé aux terroristes et la mise en cachot provoquent une déprivation sensorielle qui aurait des effets différents selon les soignants.

3. Perception du corps

Ce thème désigne spécifiquement la perception que les soignants ont du corps du détenu, la place qu'il a au sein de l'établissement. Les soignants interprètent également la façon dont les détenus l'utilise pour combler le peu de stimulations sensorielles qui lui sont offertes.

3.1. Domination de l'institution

Concernant le corps des détenus, les participants évoquent, implicitement ou non, que l'institution s'empare du corps du détenu. Corps qui, nous le verrons par la suite, est considéré comme nécessaire pour ressentir des sensations. Or en détention, il semble simplement représenter une codification dans l'espace :

« Tout est codifié dans l'espace et rien n'est codifié dans le temps qui fait société, le temps qui fait liberté, que... Eugène Minkowski appelait le temps vécu.

C : Ok

*P : Et donc ça ça confère déjà quand même une heuuu... (réfléchit) une **atteinte quant aux stimulations psycho-sensorielles** quoi ». (Pacheco, psychiatre)*

La domination est forte, le but étant la transformation de la personne :

*« **Votre corps est dominé** en fait dans le processus pénitentiaire ; la domination s'exerce par les disciplines, par les mesures d'ordre, mais elle s'exerce donc du coup sur le corps. C'est vraiment **le corps qui est la chose à transformer** et donc la chose à posséder pour transformation. Donc ça c'est... c'est spécifiquement visé ». (Pacheco, psychiatre)*

Pour transformer le corps, l'institution codifierait chaque mouvement au sein de l'établissement, ce qui empêcherait le corps d'explorer à son gré l'environnement :

*« Un mouvement préau par exemple, le mouvement est codifié. Ils doivent descendre, deux par deux puisqu'ils sont deux en cellule ; ils doivent se taire, ils doivent avoir certain type d'habillement, ils ne peuvent pas avoir les mains dans les poches mais le long du corps, ils doivent regarder devant eux, ils ne doivent pas parler. Donc là **ils ne peuvent pas jouir de leur corps, ils ne peuvent pas étudier leur corps comme médias d'exploration de l'environnement immédiat**. Ils sont soumis au processus de domination*

qui codifie leur mouvement et leur déplacement, c'est d'aller d'un point A à un point B. »
(Pacheco, psychiatre)

Le problème de cette domination est qu'elle aurait un effet sur « *le rapport à soi, le rapport au monde et ce rapport est médié forcément à la sensorialité et par la motricité.* »
(Pacheco, psychiatre).

Par conséquent, cette domination mettrait en péril le sentiment d'existence du détenu :

*« Donc ce que j'vous disais c'est les sens, c'est fin.. c'est par quelque part les sens que nous avons une expérience de notre existence. Et donc **une des conséquences de cette déprivation sensorielle c'est quand même... le fait que heu.. le détenu peut avoir un doute sur sa propre existence.** »* (Pacheco, psychiatre)

Mais le participant continue en disant « *L'esprit et le corps étant indissociables, généralement quand la domination s'exerce ; la domination elle est double hein, elle s'exerce et sur les esprits et sur les corps* ». (Pacheco, psychiatre)

La domination de l'institution aurait donc un impact sur l'esprit et le corps du détenu, tous deux indissociables, et par conséquent, sur la sensorialité du sujet.

Bien que ce participant se soit particulièrement intéressé à cette question²³, nous retrouvons cette domination carcérale dans les propos d'autres participants.

C'est notamment le cas d'un détenu qui a relaté à une participante son angoisse par rapport à la sortie :

*« Parce que ça aussi j'avais eu un détenu qui m'avait un peu impressionné une fois il m'avait dit « j'ai terriblement peur de sortir » et moi j'étais même étonnée parce que j'dis « mais vous devriez être contents » fin c'est génial. Et il dit « mais vous savez on est ici depuis parfois des années, **notre vie est réglée et codifiée par les autres** et donc on sait qu'on doit se lever à telle heure on sait qu'on mange à telle heure, on sait qu'on va se coucher à telle heure et passé 8h, on est enfermé dans notre cellule, on s'occupe de soi-même. Ici je vais me retrouver dans la vraie vie ou c'est moi qui vais devoir décider ce que je fais pour moi et où je n'aurai plus ces rythmes. » (...) **Ça ça m'avait un peu marqué. Et puis en même temps je trouvais ça très logique.** »* (Wooten, médecin)

Alors que le détenu explique la domination qu'a l'institution sur lui, le médecin ne semblait pas se rendre compte de cela avant, mais peut le comprendre.

²³ Il est d'ailleurs intéressant de mentionner que lorsque nous avons demandé à un médecin s'il ne connaissait pas quelqu'un qui pourrait nous aider, il a directement cité le docteur Pacheco, disant qu'il s'était spécifiquement intéressé à cette question.

La participante travaillant en milieu ouvert semble quant à elle consciente du cadre qu'impose l'institution. Elle raconte en effet que lors de l'arrivée de détenus, certains ne supportent pas ne pas être cadrés :

« Donc ils se trouvent comme avant dans une cellule seule cadrée où là c'est ouvert, parce qu'il y a quand même un bloc de transition, et là ils sont enfermés heu 15h/20 ; 14h/20 heu sur 24 pardon. Et puis finalement ils ne sortent plus du tout, ils ne vont plus au préau, et... voilà. A un moment donné ils font une connerie entre guillemet pour être transféré ailleurs ». (Stimelle, infirmière)

Ces extraits démontrent que certains participants sont plus conscients que d'autres de l'emprise de cette domination.

3.2. Contacts relationnels

Tous les soignants rencontrés admettent qu'au niveau relationnel, au niveau du toucher, les détenus sont peu gâtés. Voici quelques extraits pour le démontrer :

*« Elle dit ensuite que c'est vrai qu'il y a **peu de stimulation au niveau du corps.** » (Bojutette, psychiatre)*

*« Heu... Parce que il y a **très peu d'endroits** j'veux dire qui vont être heu... **en termes d'objet agréables** heu.. un canapé, un lit et autre. Et deuxièmement **en termes de contact physique** heu... Voilà maintenant y'a peut-être des gens qui ont des vies très compliquées à l'extérieur mais heu... voilà combien de personnes disaient je n'ai plus pris mes enfants dans mes bras ou des choses comme ça. » (Jubadon, psychiatre)*

*« Au niveau du toucher : le médecin prend **l'exemple des personnes âgées qui ne sont pas touchées ; à part pour les soins.** Ils sont touchés durant un temps bref, si le toucher est trop long, un geste de recul se produit. Cela crée une carence tactile. **C'est pareil en prison !** » (Dierickx)*

*« Là je pense que c'est plus le côté relationnel. Parce que ils sont eux... c'est quand même des personnes isolées dans des pièces qui heu.. le toucher n'est pas heu... voilà y'a pas la présence de leurs enfants, de leur maman, de leur femme et autres donc j pense qu'il y a un **impact sur le contact physique et relationnel à ce niveau-là.** » (Azomion, infirmière)*

Certains développent ces propos en mentionnant les contacts à disposition pour les détenus.

Certains évoquent que les visites pourraient permettre de combler ce besoin de toucher...

*« Ils ont la possibilité, on appelle ça des VHS, de recevoir heu... je ne sais pas d'ailleurs s'ils doivent heu.. parce que il n'y a pas nécessairement de heuu... ben ils peuvent recevoir **une dame éventuellement pour... justement pour pallier à ces problèmes-là** quoi (rires). Et ça marche bien! J'en ai encore un l'autre jour qui est venu me demander du viagra parce qu'il avait des soucis ; pourtant c'est un jeune, il avait 30-38 ans un truc comme ça et il voulait l'avoir assez rapidement parce que c'était ce weekend-ci justement qu'elle venait et donc voilà c'est important pour eux ». (Saladin, médecin)*

... Mais les contacts permis sont tout de même limités :

*« Ils peuvent quand même voir leur famille en visite ou en salle VHS mais ne savait pas combien de fois par mois. Elle dit également qu'en visite, **les accolades, embrassades etc ne sont pas trop acceptées ni appréciées par les gardiens** ». (Isalube, infirmière)*

D'autres expliquent les relations entre détenus :

*« Au niveau des autres détenus ben c'est **plutôt amical** donc y'a pas trop de toucher. » (Azomion, infirmière)*

*« Mais ils peuvent en avoir, maintenant bah c'est toujours des **contacts un peu spéciaux** ou c'est des contacts entre détenus femmes ou hommes ou mixtes ça ça dépend (...) Oui, on a beaucoup de femmes qui ont un mari à l'extérieur et qui ont leur copain en prison ; Mmh mmh. Je sais pas pourquoi maintenant voilà ça occupe. » (Wooten, médecin)*

Cette dernière participante semble donc interpréter les contacts comme une occupation pour la personne incarcérée.

Bien que la *carence tactile* soit reconnue, il semblerait que les participants ne considèrent pas les relations entre détenus comme bienfaisantes au niveau sensoriel.

D'autres évoquent le toucher professionnel, tel que la poignée de main :

*« Par exemple moi ce que j'ai introduit, je pense que j'étais le premier à le faire, c'est **que je leur donne la main quand ils arrivent**. Donc je les touche hein, quoiqu'il arrive, y'a pas des gants etc. Donc quelle que soit leur pathologie, ben je me lave les mains après. (...) Donc ça c'est déjà au **niveau sensoriel hein, le toucher donc voilà je pense que ça les rassure certainement**, du fait qu'on les prend en considération quoi, du fait qu'on les considère comme...*

L : Tu les respectes

DS : Oui, qu'on les respecte oui voilà, c'est le respect oui voilà. » (Saladin, médecin)

*« En général dans la prison, tout se fait dans une logique sécuritaire donc une distance est gardée avec le personnel, sauf pour la fouille. En tant que psychiatre, **elle sert la main à ses patients, mais elle évite le contact pour sa sécurité.** » (Bojutette, psychiatre)*

Le toucher professionnel semble donc être un signe de respect pour les deux participants, tout en gardant la *logique sécuritaire* en tête.

Enfin, la fouille mentionnée dans le dernier extrait est relatée par une autre participante également, qui la reconnaît comme le *principal toucher*. Elle explique les conséquences que cela peut avoir pour la personne :

*« Parce que **le principal toucher** qu'ils ont en prison, c'est vrai qu'en en discutant j'y pense ; **c'est la fouille.** Donc ça doit quand même à mon avis heu complètement les modifier. Quelqu'un qui j'sais pas voilà il passe par la prison pendant 15 jours il a été fouillé ben oui peut être 15 fois ; ça ne le dérangera pas. Maintenant quelqu'un qui a été 5 ans en prison et qui presque tous les jours à dû subir une fouille corporelle, je pense que pour le toucher affectif à la sortie ça doit être particulièrement complexe » (Wooten, médecin)*

Dès lors, le manque de contact relationnel est objectivé par les participants, ils sont conscients de ce manque de stimulations corporelles.

3.3. La sensation

De par la domination et ces faibles opportunités de contacts physiques chaleureux, les soignants démontrent dans leurs propos que le corps s'arme pour résister et pour ce faire, tente de se couper de sensations physiques. Cela fait penser aux phénomènes sensoriels décrits plus haut, mais ce sous-thème vise spécialement le corps du détenu.

Nous retrouvons cette résistance à plusieurs reprises dans les récits des soignants :

*« Au niveau de la **perception physique, des sensations, le docteur dit qu'elle diminue beaucoup.** Par exemple, un détenu travailleur a eu des problèmes cardiaques à deux reprises, notamment un infarctus. Elle dit qu'il n'a rien ressenti (alors que normalement ça fait très mal). Il s'est tellement coupé des sensations de son corps qu'il n'a pas senti ce qui lui arrivait. Un autre détenu travailleur s'était cassé la main ; mais si on le mettait dans le plâtre il ne pouvait plus travailler et après X temps sans travailler, il perd son travail. Il a donc inhibé la douleur pour garder son job. » (Bojutette, psychiatre)*

« Il mentionne aussi une **résistance à la douleur très forte**. Exemple : un patient s'étant fait opérer dans cage thoracique était debout après 1 jour, à demander pour fumer alors qu'une personne libre aurait pris des médicaments pendant 3j pour se lever ». (Dierickx, médecin)

Selon la participante Bojutette, cette altération du rapport à la sensation peut provoquer deux réactions :

« De plus, la coupure des sensations amène à une **anesthésie affective**, on ne conceptualise plus les choses psychiquement, on ne sait plus ce que c'est de ressentir → **Émoussement affectif**. OU, possible qu'il y ait une **méfiance vis-à-vis des autres** et donc une **hyper-vigilance**. On ne sait pas quelles sont les intentions de l'autre. » (Bojutette, psychiatre)

Cette hyper-vigilance serait donc le contraire de l'anesthésie affective puisque le détenu se centre beaucoup plus sur son corps. Ce rapport à la sensation est également expliqué par une participante, mais spécifiquement au niveau cutané :

« Y'a très probablement une **exacerbation de la... fin du problème cutané** comme on retrouve dans la fibromyalgie où les personnes ont mal vraiment au toucher et les stimuli normalement qui ne sont douloureux qui vont le devenir. Donc pour moi ça c'est une part beaucoup plus importante chez les détenus » (Wooten, médecin)

Elle explique cela par l'enfermement et donc la centration permanente sur son corps :

« Même une personne qui n'est pas en prison et qui n'a pas particulièrement de plaintes, si on lui demande heu 5 minutes de se concentrer sur son corps, elle va ressentir des choses, elle va avoir des douleurs. Sauf qu'évidemment un détenu, vu qu'il est enfermé dans ces murs et qu'il n'a que ça à penser entre guillemets, ça va prendre des proportions beaucoup plus importantes quoi ». (Wooten, médecin)

Pour le participant Pacheco, c'est la prison qui empêche le corps de « se sentir sentir » :

« La prison, comme elle altère très fortement ce rapport aux sens, elle vient **dissocier si vous voulez la possibilité de se sentir sentir**. Puisque les sens sont mécanisés par le processus de domination, d'accord ? » (Pacheco, psychiatre)

Dès lors, un participant évoque la prison qui empêche le corps de « se sentir sentir » et trois autres se penchent plus sur le fait que le corps résiste à l'environnement, ce qui

provoquerait soit une résistance à la douleur qui pourrait être accompagnée d'un émoussement affectif, soit une hyper-vigilance relative à l'environnement et à son corps.

3.4. Réappropriation corporelle

Pour les participants, pour faire face à la déprivation sensorielle induite par l'institution, les détenus tentent de se réapproprier leur corps par différents moyens. Le participant Pacheco résume ce procédé de réappropriation :

« Le processus pénitentiaire essaye d'administrer le corps jusqu'au bout, en dissociant le sujet de son corps par l'atteinte au niveau de la performance sensorielle ; et le sujet se défend en tentant de garder son corps ou... de se réapproprier son corps en.. par l'exercice d'une... de stimuli sensoriels exacerbés qui viennent manifester la réalité du corps. » (Pacheco, psychiatre)

Trois techniques de réappropriation sont évoquées dans les entretiens : l'automutilation, le suicide et le sport.

3.4.1. Automutilations

En ce qui concerne la résistance du corps à la domination mentionnée plus haut, les participants expliquent que les détenus usent de leur corps, notamment au travers de l'automutilation, pour « le retrouver », se le « réapproprier », pour « se sentir vivant » :

*« Et donc on a, comme si vous voulez attitude, ou contre attitude ou attitude défensive, des patients qui vont, beaucoup plus qu'à l'extérieur, se mutiler ou utiliser des techniques qui vont mobiliser leur corps de manière plus violente comme pour **réaffirmer la possibilité de se sentir sentir**. Donc ça on a quand même beaucoup, des mutilations ; sur le ventre, les bras. Et quand on interroge les patients, ils nous disent « ben je ne me sentais plus, je ne sentais plus mon corps et j'ai du faire ça pour le retrouver » quelque part. »* (Pacheco, psychiatre)

« Mais automutilations énormément.... Énormément !

C : Et vous interprétez ça comment ?

*W : Une **réappropriation de son corps**.»* (Wooten, médecin)

« Nous avons encore discuté après et on a discuté des automutilations. L'infirmière interprétait cela comme pour **exprimer un mal-être, pour se sentir vivant.** » (Azomion, infirmière)

Par rapport à l'hypersensibilité mentionnée plus haut également, nous retrouvons les propos d'un participant :

« Les automutilations ne sont pas réalisées pour exacerber les sens. Quand on leur pose la question, les détenus disent que c'est **pour éliminer la douleur (catharsis)** » (Dierickx, médecin)

Enfin, une participante donne l'exemple d'une jeune femme qui s'automutile pour libérer sa frustration et trouver le contact des infirmières :

« Mais on a eu un cas qui nous a vraiment posé énormément de problèmes heu.. d'une jeune femme qui s'automutilait en permanence. Avec des cigarettes, avec des lames de rasoir, avec des fourchettes... c'était tous les jours, tous les jours, tous les jours. Et on essayait de comprendre pourquoi parce que on se dit c'est pas possible, il faut qu'on puisse aider cette jeune femme. Et on a essayé un petit peu, c'est un cas qu'on a pris un peu en équipe, les infirmiers l'on vue, ils ont essayé d'analyser la situation. Et en fait dès qu'elle avait une frustration elle se mutilait ; ça c'était direct. Et **elle avait aussi un besoin de venir se confier à l'infirmerie, n'arrivait pas à l'exprimer et donc chaque fois qu'elle se blessait elle savait qu'elle allait être convoquée à l'infirmerie.** » (Wooten, médecin)

Ce besoin de se confier, d'aller à l'infirmerie est très intéressant à analyser car les soignants se sont rendus compte de la chose. Ils ont mis des mots sur ce que la jeune femme avait du mal à exprimer.

Les automutilations, sont donc interprétées par les soignants comme une réappropriation du corps du détenu. Cette réappropriation est décrite de différentes manières, allant d'une explication « pour se sentir vivant » à une explication concernant le besoin de contact. Dans ce dernier cas, les automutilations serviraient donc à attirer l'attention sur son corps.

3.4.2. Suicides

Le suicide est évoqué par un participant qui fait référence à la réappropriation du corps. Il l'appelle le suicide « paradoxal » :

« Voilà, c'est une hypothèse de suicide paradoxaux qui sont paradoxaux parce qu'ils exaltent entre guillemets la vie, ils en passent par la mort pour exalter la vie. C'est-à-dire vraiment d'affirmer la réalité de son corps propre face au processus de domination pénitentiaire. Mais alors l'affirmer de manière radicale et notamment par la mort quoi. » (Pacheco, psychiatre)

Deux autres ont interprété les suicides comme étant une conséquence du creux entre l'extérieur et l'intérieur que provoque la prison. En rapport avec ce qui a été dit plus haut, ce serait une conséquence de la domination que l'institution a sur le corps.

*« 10x plus de suicides en prison : 60% dans les 4 premiers jours. Pourquoi ? Car **césure énorme**, crise clastique ; trop grande différence entre le dehors et le dedans (hypostimulation, mais pas que ça !). » (Dierickx, médecin)*

« Mais c'est vrai qu'il y en a beaucoup des angoissés quand même ; Mais le plus difficile c'est quand ils arrivent et quand ils repartent. Avant de partir. Voilà souvent c'est... médicalement et même au niveau des tentatives de suicides et autres, on doit toujours faire attention le premier mois de détention et le mois avant la sortie. C'est toujours heu.. C : Et comment ça se fait ?

*A : Le **changement, le deuil**. Le deuil de sa vie d'avant quand il est rentré en prison et le stress du nouveau et le départ vers quelque chose de nouveau heu... voilà. Retrouver ses marques heu... Je pense que... comme tout évènement de la vie. » (Azomion, infirmière)*

Enfin, un autre participant a confié n'avoir connu qu'un seul suicide. Il a interprété cela comme étant en lien avec un délire.

Dès lors, les interprétations du suicide semblent différentes pour les quatre participants, mais pourraient se rejoindre sur une chose : c'est la domination carcérale qui est coupable. Pour l'un, elle s'empare du corps ; pour deux autres, c'est le changement trop brutal par rapport à l'extérieur et pour le dernier, c'est le délire qu'elle a induit qui a poussé la personne à mettre fin à ses jours.

3.4.3. Sport

La troisième technique mentionnée par les participants comme permettant au détenu de se réappropriier son corps est le sport. Il est mentionné chez cinq participants :

« C : *Et d'autres activités sont utilisées par les détenus pour justement réaffirmer ce corps ?*

P : *Le sport quand même.* » (Pacheco, psychiatre)

« Elle ajoute que **le seul rapport au corps qu'ils peuvent avoir, c'est au niveau du sport en préau ou en cellule.** » (Bojutette, psychiatre)

« *Mais les hommes je pense que une fois qu'ils sont en prison déjà ben ils ont... une baisse de l'estime d'eux et ils se disent ben voilà une fois que je vais sortir ou même en prison déjà il y a déjà le côté force au cas où on viendrait les agresser en prison, ben ils auraient le répondant on va dire ça comme ça ; mais **ça [le sport] peut aussi les revaloriser au niveau de l'image corporelle** qu'ils peuvent avoir d'eux. Moi je le verrais plus comme ça.* » (Wooten, médecin)

Le dernier ne mentionne pas cette réappropriation du corps en tant que telle, mais l'interprète comme une manière d'affronter la déprivation sensorielle, ce qui à notre sens, est une situation similaire :

« *Et est-ce que vous pensez à d'autres mises en place que les détenus heu... prennent pour faire face à cette déprivation sensorielle ?*

J : *Heu... Alors il y a je dirais heu... donc (...), il y a le sport. Beaucoup vont vraiment investir les activités sportives heu.. salles de sport ou match de foot et autres.* » (Jubadon, psychiatre)

4. Prise de substances

La consommation de substances en prison a été fortement relatée par les soignants ; que ce soit la drogue qui circule (dite non cadrée) ou les médicaments qu'ils prescrivent. Les soignants associent la plupart du temps cette prise de substances avec les hallucinations ; disant que la substance, qu'elle soit utilisée pour le plaisir ou pour le soin, provoquent des hallucinations.

4.1. Non cadrée

La drogue est un sujet qui a été abordé lors chaque entrevue. La consommation des détenus est certes reconnue, mais interprétée différemment.

D'abord, certains font la différence entre les différents types de substances. Ils distinguent les tranquillisants (benzodiazépine), les psychostimulants (cocaïne, amphétamines), les opiacées (héroïne) et les hallucinogènes (LSD, cannabis). Chaque substance produirait des réactions sensorielles différentes. Voici quelques extraits :

*« La **drogue a des impacts sur les sens** : le cannabis a un impact sur le goût et l'odorat ; L'héroïne diminue les sens car détend tandis que les amphétamines augmentent les sensations. »* (Bojutette, psychiatre)

*« Alors, oui parce que heu **certaines drogues et notamment le LSD va décupler les sensations et donc certains vont l'utiliser pour de nouveau... ressentir des choses.** Donc ils expliquent que la lumière de leur cellule va changer de couleur et donc ils feront cette expérience d'hypersensorialité mais la plupart du temps... le but c'est quand même la déconnexion et l'effet psychotropes. »* (Jubadon, psychiatre)

*« C'est intéressant parce que par exemple dans la consommation de substances hein en prison, **l'utilisation des benzodiazépines et des médications, des médicaments heu... à connotation sédatif**, est extrêmement importante, encore plus qu'à l'extérieur. »* (Pacheco, psychiatre)

De plus, les soignants interprètent cette prise de substances de façon différente également. Dans les extraits ci-dessus, la déconnexion ou l'effet psychotrope est décrit comme étant recherché.

Un autre participant considère la consommation comme une « modalité d'échappement » :

*« Et quand vous discutez avec les patients, c'est souvent **une modalité d'échappement.** Alors d'échappement à quoi ? C'est un échappement à la **pression dominatrice de l'institution.** Et donc ça augmente effectivement l'isolement, le repli sur soi et... l'enfermement en soi-même. »* (Pacheco, psychiatre)

Une autre l'interprète comme une aide à l'inhibition des sens :

« Ben ça c'est pour aussi inhiber leurs sens à mon avis. Très probablement. **Inhiber leur sens et inhiber leur cerveau.**

C : Leur cerveau aussi

W : Ha oui oui pour empêcher qu'il ne fonctionne, qu'il réfléchisse de trop. Et le cannabis je le vois bien c'est vraiment pour ça qu'ils le prennent hein. Et ça marche bien malheureusement (rires). » (Wooten, médecin)

L'un d'eux évoque également la recherche de sensations :

« bah je n'en ai jamais fumé mais je suppose que ça... à mon avis c'est différent quoi, **ça multiplie un peu les sensations habituelles** donc je vais dire que bon si ils ont des rapports sexuels, bon imaginons s'ils se masturbent ça doit être un peu.. un peu meilleur, j'imagine (rires) ; si ils mangent au niveau du goût ; enfin voilà c'est... heu... Puis ça leur donne des... » (Saladin, médecin)

La dernière avance que la drogue permet de vivre la détention d'une certaine manière, mais facilite également le relationnel :

« Donc je ne pense pas non que la prison ait heu... Mon avis est que (rires) je ne pense pas que ça influence. Je pense que c'est le... comment lui vit sa détention. Je ne pense pas que la prison influence ça. Je pense que c'est lui comment il heu... comment il se prend en main dans.. dans sa détention. » (Azomion, infirmière)

« **Au niveau relationnel, je pense que ça aide heu.. à s'ouvrir aux autres.** Je pense que c'est un moyen de rentrer dans un gang, de se faire une place dans... dans la population. » (Azomion, infirmière)

Ces différents extraits démontrent que les soignants ont différentes explications concernant la consommation, allant d'une volonté d'inhiber les sens à une recherche de sensations, en fonction de la substance consommée.

Cependant, un des participants relate qu'en réalité, les détenus prendraient ce qu'ils ont à disposition :

« Alors souvent la réalité est plus triste que la théorie heu... **beaucoup de détenus prennent des stupéfiants parce que ils... parce que ça passe, ils l'ont à disposition.** Une fois ça peut être du cannabis, une fois ça peut être heu... des antalgiques, des dérivés de morphine, une fois ça peut être heu... 3 paquets de cigarettes enfin y'a un triste business qui se fait à ce niveau-là heu... » (Jubadon, psychiatre)

4.2. Dans le cadre du soin

En plus de ce qui circule en prison, les médecins et psychiatres prescrivent des médicaments pour aider les détenus ; soit par rapport à leurs douleurs, à leurs problèmes quotidiens soit comme un traitement de substitution, ou encore pour soigner leurs troubles psychiatriques. De plus, les médecins font part de leurs suspicions d'usage détourné que font les détenus. Enfin, ils évoquent les effets sensoriels associés à ces différents médicaments.

4.2.1. Manque d'alternatives

D'abord, les soignants sont conscients qu'ils prescrivent beaucoup de médicaments, mais déclarent que c'est la seule solution, à cause du peu d'alternatives possibles :

*« Concernant les médicaments, le **médecin trouvait qu'il en prescrivait beaucoup trop que ce qu'il ne devrait, mais qu'il y était plutôt contraint** car en dehors, on peut dire au patient de faire du sport, d'aller marcher dans la forêt etc. En prison, à part dire « faire des pompes dans cellule » c'est un peu difficile. »* (Dierickx, médecin)

*« en prison malheureusement **on n'a rien d'autre à leur offrir que des médicaments** ».* (Wooten, médecin)

Même au niveau des médicaments, un médecin relate qu'il ne peut pas prescrire ce qu'il veut ; ils ont peu de diversité possible :

« on a un listing qui heu donc le CVIP dont le listing des médicaments en Belgique il est comme ça (montre livre), il est quand même relativement épais et il est heu bien fourni. Là c'est heu.. ben y'a quand même l'explication des médicaments mais y'a quand même heu... pas mal de médicaments sur une page et là y'a une dizaine, maximum une dizaine de médicaments par page et je crois que j'ai 20 pages donc faut dire qu'en médicaments ici on est à... 600 ? (rires). » (Wooten, médecin)

Dès lors, les médecins ne voient d'autres alternatives que la prescription. Ils prescrivent donc ce qu'ils ont à disposition.

4.2.2. Différence entre les raisons de prescription

De plus, les raisons de prescription varient selon les plaintes des détenus. Certains se plaignent de troubles du sommeil, d'autres ont de réelles maladies psychiques.

Les troubles du sommeil seraient une plainte très courante. Dès lors, la prescription de benzodiazépine est assez grande. La raison de cette plainte est interprétée différemment selon les soignants.

Deux d'entre eux mentionnent le fait de dormir pour diminuer le temps vécu, pour fuir la détention :

*« Et alors y'a des détenus qui m'avaient dit ben voilà c'est pas compliqué, j'ai 5 ans de prison en fait, j'ai calculé que si je dors 18h par jour, ma peine se réduit à 8 mois. Enfin... voilà donc parfois il y a un peu **une fuite dans le sommeil** heu.. qui peut arriver. »* (Jubadon, psychiatre)

*« Ou alors c'est qu'ils la minimisent en venant me demander des médicaments pour dormir. Ça c'est vrai que ça pourrait être une **fuite**. Oui oui parce que ça c'est vrai que la prescription de somnifères et de benzo heu... (lève les yeux au ciel en soufflant) »* (Wooten, médecin)

D'autres expliquent cette demande pour diminuer les angoisses, pour se calmer, pour oublier les problèmes :

*« Mais déjà les médicaments parce que nous on prescrits des médicaments parce que ils sont demandeurs parce que **voilà ils ont envie d'être calmés, ils ont des angoisses, ils sont pas bien dans leur peau donc on a des anti-dépresseurs, on a des médicaments et des psychotropes** comme on dit au sens d'usage du terme et dans les psychotropes y'en a qui donnent de l'accoutumance aussi hein donc les tranquillisants, les benzodiazépines comme on dit. »* (Saladin, médecin)

*« Elle dit qu'ils en prennent **pour oublier leurs problèmes, notamment en dormant**. Elle ajoute que c'est vraiment sur ces effets là qu'ils se concentrent car lorsqu'elle propose un traitement de fond pour traiter une dépression, ils refusent car cela ne procure par les mêmes effets. »* (Isalube, infirmière)

Enfin, l'une d'entre elle évoque le bruit comme raison de la demande de somnifères :

« Ils vont jamais dire oui 'c'est un tel qui fait du bruit. Ils vont dire « ho docteur est ce que je pourrais pas avoir quelque chose pour dormir ? ». » (Stimelle, infirmière)

A côté de ces médications quotidiennes, les soignants sont également confrontés aux réelles pathologies psychiques qui atteignent certains détenus et les internés :

*« il faut garder à l'esprit que la prison concentre en son sein puisqu'elle induit aussi un **pourcentage assez élevé de troubles psychiques de toutes sortes** hein. C'est 8x plus qu'à l'extérieur de tentatives de suicide, c'est 40% de personnes qui présentent un trouble anxieux, c'est 20% de personnes qui présentent un trouble de décompensation psychotique, c'est 30% des gens qui vont présenter des affects dépressifs... »* (Pacheco, psychiatre)

« Donc il y a quand même pas mal de médication qui sont.. qui sont prescrites mais principalement dans les ailes psychiatriques où il y a une pathologie mentale vraiment avérée qui est là. » (Jubadon, psychiatre)

« Ho la paranoïa. Beaucoup de paranoïa. Sinon des pures, on a quelques schizophrènes, quelques maniaco-dépressifs heu... et beaucoup de délire paranoïaque. Et puis.. mais la plupart qui deviennent psychiatriques c'est sur la paranoïa que ça part. D'office. » (Wooten, médecin)

La prescription de neuroleptiques est donc *nécessaire*. Un participant explique tout de même qu'il tente de modérer cette prescription :

*« Ben là tous mes patients sont psychotiques donc la plupart ont quand même un neuroleptique, mais après on essaie d'être modéré dans la prescription. **Ce qu'on essaie de faire c'est que l'activité psychiatrique ne soit pas une activité de neutralisation... du patient incarcéré. Ce que tente à vouloir nous faire faire l'administration pénitentiaire toujours dans sa logique de heu... de domination** ».* (Pacheco, psychiatre)

Dès lors, la prescription de médicaments et particulièrement de benzodiazépine semble être la solution pour les soignants. Seul un participant confie de tenter de modérer la prescription.

4.2.3. Usage des médicaments

Les soignants proposent aux détenus des traitements de substitution, pour aider le détenu à remplacer la drogue « non cadrée » (principalement les opiacées). Le but est de remplacer la substance par un médicament contrôlé sans que les symptômes de manque puissent se faire ressentir, en diminuant la dose petit à petit :

« D'ailleurs moi je suis un peu spécialisé sur le terrain pour les.. de faire des cures de désinto.. heu pas de désintoxication mais de substitution et c'est ce qu'on fait maintenant. (...) Moi je suis surtout suboxone donc on en a quand même 45-50 maintenant hein donc si tu veux c'est pour heu... C'est des molécules au niveau chimique qui vont se mettre au niveau des récepteurs cérébraux, là où l'héroïne et la morphine vont se mettre ». (Saladin, médecin)

Cependant, les soignants avancent que ces médications sont parfois utilisées de façon différente par les détenus, et certains s'en aperçoivent :

« Mais ils te remplacent souvent tout ce qui est drogues par des benzo hein. C'est vraiment vraiment très difficile hein. (...) Nous au niveau médical on le voit, **quand il y a beaucoup de drogues à la prison, heu... ils ne viennent pratiquement pas à l'infirmierie ; dès qu'il n'y en a plus, on vient demander des produits de substitution, des anxiolytiques, des benzo et autres** et c'est là qu'on remarque, c'est là qu'on voit tous les coups parce que... on essaie de racketter au maximum pour avoir le peu qu'il reste dans la prison. » (Stimelle, infirmière)

« y'a pas mal de gens dépendant donc y'avait des toxicomanies qu'ils remplaçaient souvent par des dépendances médicamenteuses heu... donc **à la place de cannabis, cocaïne, alcool, ça devenait valium et valium et valium.** » (Jubadon, psychiatre)

« et d'ailleurs comme médecin souvent on a du faire **attention parce que des gens se faisaient sur-prescrire des médicaments pour les revendre.** » (Jubadon, psychiatre)

4.2.4. Effets sensoriels associés

Certains des traitements cités dans ce point provoquent des perturbations sensorielles ; des troubles en tant que tels, des diminutions du goût et par conséquent de l'odorat :

« Alors **certain neuroleptiques, surtout dans les anciennes générations, provoquent des troubles sensoriels.** » (Pacheco, psychiatre)

« Parfois, les traitements qu'elle donne **diminue le goût.** Elle dit ensuite que l'odorat et le goût sont liés. » (Bojutette, psychiatre)

« Concernant les médicaments, elle ne peut pas en prescrire ; mais raconte que **les effets anti-collinergiques de certains médicaments provoquent une sécheresse buccale, qui peut avoir un impact sur le goût. Il y a aussi beaucoup de benzodiazépine en prison, ce qui provoque moins de disposition sensorielle car cela détend les détenus, ils sentent donc moins. Dit que le traitement a un impact sur les sens.** » (Bojutette, psychiatre)

Dès lors, la prescription médicamenteuse est très forte en prison, de par les maladies psychiques, mais également les demandes des détenus. Les médecins se sentent coincés et se sentent obligés d'en prescrire, étant donné le peu d'alternatives qui leur est laissée. De plus, l'administration pénitentiaire ne laisse pas au praticien le libre de choix du médicament, elle impose une liste prédéfinie. Dès lors, ce sont principalement des médicaments calmants qui sont prescrits, réduisant la disponibilité à la sensorialité.

4.3. Hallucinations associées

Les soignants font également mention d'hallucinations sensorielles. Les hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques et olfactives sont mentionnées. Les explications données à leur apparition sont la consommation de substances et la présence de pathologies. Certains se posent tout de même la question du lien avec l'environnement carcéral.

La plupart des soignants associent en effet les hallucinations avec soit la prise de substances, soit la présence de pathologies. Voici quelques extraits :

« C : Par rapport aux hallucinations, est ce que vous en voyez souvent ?

A : Oui. Faut savoir que la... la came, **la drogue qu'ils prennent n'est pas pure et n'est pas saine et souvent coupée** avec heu... les choses qu'ils ont sous la main donc heu du verre pilé, avec du plâtre des murs, avec heu... Et donc ça peut parfois influencer les effets, et créer des problèmes de santé ; tout simplement. » (Azomion, infirmière)

« W : ben maintenant y'en a qui ont leur **pathologie psychiatrique** heu... et donc ça file souvent enfin c'est souvent lié à la paranoïa et là ils ont des hallucinations visuelles. Maintenant bon les hallucinations elles peuvent être visuelles, auditives, olfactives etc. Mais heu... heu... mmh.. est ce que vraiment j'ai eu ça comme plainte... Les auditives oui ; la plupart du temps ce sont les psychiatriques » (Wooten, médecin)

« Et dedans on a beaucoup de gens qui ont des **maladies du registre de la psychose donc où l'hallucination est très fréquente**. Heu.. deuxièmement il y a énormément de consommation de produits en tout genre. Heu et dans les stupéfiants il y a des hallucinogènes comme le LSD, le cannabis aussi heu.. c'est pas un hallucinogène puissant mais vu la.. grosse consommation, il y a quand même beaucoup de gens qui hallucinent heu.. et donc c'est **pas rare d'avoir des crises avec des hallucinations où il faut intervenir suite à une prise de toxique** pour quelqu'un qui n'a pas de pathologie

mentale mais... pendant quelques heures ou quelques jours, on peut avoir effectivement des hallucinations heu... oui. » (Jubadon, psychiatre)

*« Non je pense que ce qu'ils ont parfois c'est des hallucinations. **Surtout s'ils sont un peu psychiatriques** hein donc dans la psychiatrie tu as des névrosés comme on est tous un peu névrosés, on sait bien qu'on est nerveux, qu'on est stressé etc. Et alors y'a les psychotiques, donc c'est des gens qui ne savent pas qu'ils sont malades en fait. **Et ces gens-là ont des hallucinations sensorielles évidemment et d'autant plus s'ils prennent de la drogue.** »* (Saladin, médecin)

*« Au niveau des hallucinations, il y en a **surtout chez les psychiatriques ou chez les personnes ayant consommé.** (...) La surconsommation provoque des hallucinations. Elle raconte notamment deux détenus qui voyaient des bêtes ; suite à une surconsommation d'une substance ».* (Isalube, infirmière)

Deux participants sont conscients que l'environnement carcéral et son fonctionnement peut provoquer ces hallucinations :

« P : Ben ce que je remarque c'est qu'il y a des... heu... alors autant en ambulatoire classique j'ai assez peu heu... d'hallucinations olfactives par exemple. Et qu'en prison j'en ai quand même quelques unes. Donc ça c'est assez.. c'est assez surprenant quand même.

C : Ok, qui sont dû selon vous à cette odeur particulière ?

*P : Qui sont dû je pense au processus... engendré par la prison heu... d'atteinte en tout cas psycho-sensorielle. **Comme si le cerveau privait de mobilisation de ces sens-là dans l'expérience heu.... Du quotidien... était à l'origine de sa propre stimulation de la boucle quoi.** »* (Pacheco, psychiatre)

*« Il y a beaucoup d'hallucinations (auditives et visuelles) en prison, mais plusieurs causes : premièrement, quand ils arrivent, ils font face à une **désorganisation, et une rigidité extrême** : architecture, injonctions etc. Deuxièmement, les médicaments prescrits (notamment neuroleptiques : 30%) »* (Dierickx, médecin)

Une autre participante mentionne principalement la pathologie neurologique et le traitement associé, mais en y pensant, se fait une réflexion :

*« Elle me répond que c'est principalement dû à une pathologie neurologique ; mais ce qu'elle trouvait bizarre, c'est que ce patient n'avait pas d'hallucinations à l'extérieur. **Elle se demande alors si ce n'est pas dû tant à l'environnement, à la maladie et au traitement.** »* (Bojutette, psychiatre)

Les hallucinations sensorielles sont donc mentionnées par huit participants. Elles sont pour la plupart interprétées comme étant en lien avec la consommation de substance ou

la présence de maladie psychiatrique. Deux participants affirment que l'environnement a également sa part de responsabilité et une autre se fait la réflexion en mentionnant qu'en effet, l'environnement pourrait provoquer quelque chose à ce niveau.

5. Mises en place par les soignants

Nous l'avons compris au fil de cette analyse, la perturbation sensorielle est un problème reconnu en prison. La prescription de traitements médicamenteux est alors devenue la base pour la plupart des soignants, mais d'autres alternatives sont mentionnées par certains. Nous retrouvons notamment la possibilité de se procurer des lunettes ou autres, la prescription de séances chez le kiné ou encore l'utilisation de la parole.

Premièrement, les plaintes visuelles seraient nombreuses en détention. Dès lors, les soignants proposent aux détenus de se procurer des lunettes ou des appareils auditifs pour ne pas aggraver leur trouble. Mais la procédure n'est pas si facile, et le coût est un frein. Les participants témoignent :

*« Et ça c'est tout un cinéma parce que.. c'est justement cette infirmière-là qui s'en occupe, donc il faut.. il faut un avis ophtalmo hein puisque bon c'est quand même à l'extérieur, **il faut une prescription d'un spécialiste** parce que moi je ne suis pas heu... je ne suis pas éduqué pour faire ce genre de choses. Pour calculer la dioptrie, etc. Et alors **il faut des sous.** » (Saladin, médecin)*

*« Ils doivent **aller au CMC de K pour faire tester la vue** ; la prison paie ce que la mutuelle paie à l'extérieur et le reste, c'est le détenu qui paie. » (Isalube, infirmière)*

« Pour les lunettes, c'est le ministère de la justice qui prend en charge les soins de santé en prison. Les détenus doivent s'acheter des lunettes ! On peut les avancer mais doivent rembourser. » (Dierickx, médecin)

« Parce que le ministère de la justice intervient pour certaines choses, mais pour certaines choses c'est niette hein, notamment pour les lunettes. Parce que les lunettes, y'a des lunettes de petite qualité, y'a des super belles lunettes, enfin voilà, ils doivent choisir. Et alors on vérifie s'ils ont suffisamment d'argent sur leur compte et alors à ce moment-là ils lancent la procédure et l'argent est retiré sur le compte » (Saladin, médecin)

Dès lors, certains n'ont pas les moyens de s'en acheter. Une participante relate d'ailleurs que cela aggrave leur problème.

« Mais elle dit que c'est **une minorité des détenus qui en portent** : 24 demandes depuis 2014. Lorsque je lui demande si elle pense que certains n'en demandent pas à cause du prix, elle dit que oui très certainement ; elle parle de plus ou moins un quart des détenus qui sont dans ce cas. » (Isalube, infirmière)

« Et donc peut être qu'ils devaient porter des lunettes avant ou qu'ils portaient des lunettes puis ils ont été incarcérés, **ils n'ont pas accès à leurs lunettes, ils ont continué à vivre sans leurs lunettes et donc ils ont aggravé leur problème préexistant. Ça oui.** » (Wooten, médecin)

La problématique des plaintes visuelles est donc prise en charge par l'institution, mais le coût associé n'arrangerait pas toujours les détenus, qui n'useraient pas de cette mise en place.

Deuxièmement, deux participants, conscients de la faible stimulation corporelle, prescrivent parfois des séances de kinésithérapie aux détenus. Ils considèrent que cela peut les aider :

« Heu je les envoie parfois chez le kiné aussi parce que.. et ça ils ont une demande très fréquente hein d'aller chez le kiné. Donc malgré tout, j'pense **qu'ils ont peut-être ce besoin aussi de toucher qui soit une aide plutôt qu'une heu... qu'une contrainte comme dans le cas de la fouille donc heu... bah et ça y'en a beaucoup beaucoup qui le demandent le kiné. Et ça leur fait du bien donc heu... c'est la seule solution qu'on a.** » (Wooten, médecin)

« Elle dit ensuite que c'est vrai qu'il y a peu de stimulation au niveau du corps. Il y a un kiné, mais c'est très limité ». (Bojutette, psychiatre)

Troisièmement, la parole est mise en avant par trois participants. La parole est utilisée sous forme de conseil, d'explication ou encore comme une technique.

En effet, une participante préconise aux détenus de parler de leur problème à un soignant :

« Lorsque nous lui demandons ce qu'elle met en place pour les aider, elle dit que pas grand-chose car elle travaille à l'expertise, elle ne fait donc pas d'actes soignants. Mais la plupart du temps, elle **conseille au détenu de solliciter plus le médecin.** Elle propose également aux détenus de **parler de leurs problèmes avec les infirmières ou médecins avec qui le contact passe bien, pour privilégier la confiance mais c'est pas toujours facile.** » (Bojutette, psychiatre)

Une autre se plaint du manque d'outils disponibles et évoque la parole comme mise en place :

« *On n'a pas les outils. Pfff parfois ben j'essaie l'explication, la parole* ». (Wooten, médecin)

Cette même participante ajoute qu'elle aimerait plus d'ateliers psychologiques disponibles :

« *Et alors on voulait des ateliers de gestion du stress ou des choses comme ça mais tout coute et évidemment ça n'intéresse pas l'état que ça coute et heu... (...)qu'on ai beaucoup d'aide psychologique, beaucoup plus d'outils psychologiques, que ce soit de la sophrologie, de la pleine conscience, heu.. l'hypnose même ou des choses de ce style-là.* » (Wooten, médecin)

Enfin, un participant use de la technique du récit qui tente de remettre la personne au centre de son récit :

« *Voilà, donc on part de l'histoire à la troisième personne pour essayer d'arriver à un récit en première personne. Et donc on essaie de se reconstruire si vous voulez dans les impasses de l'histoire, **une narration qui soit quelque chose qui va le soutenir lui dans sa position d'existence quoi.** (...) Alors évidemment dans un récit, vous pouvez mettre beaucoup de choses de l'ordre de la sensorialité. Hein et donc c'est ça qu'on essaie de.. voilà, de mettre en tension dans le processus thérapeutique* ». (Pacheco, psychiatre)

Dès lors, nous comprenons à travers ces propos que l'administration pénitentiaire n'offre que très peu de possibilités de soin. Les traitements sont contrôlés ; les lunettes sont payantes ; les kinés sont peu disponibles. Seule la parole reste... Les soignants semblent donc désespérés face aux peu d'alternatives et considèrent ne pas avoir d'autres choix que de prescrire des médicaments.

6. Évolution lors de la libération

Durant les entretiens, nous avons également interrogé les soignants sur ce qu'ils pensaient de la libération du détenu, s'ils notaient des perturbations au niveau sensoriel. La plupart des soignants ne suivent pas de patients-détenus à l'extérieur pour plusieurs raisons : la « *sécurité* » (Jubadon, psychiatre), *en rapport avec l'administration*

(Dierickx, médecin), avec le libre choix du médecin (Saladin, médecin) ou avec les patients extérieurs (Wooten, médecin).

Quelques participants confient tout de même en suivre et parmi ceux-ci, deux ne constatent pas de perturbations particulières : « *Il n'y a pas plus de lunettes, pas de vertiges* » (Dierickx, médecin). L'autre mise sur les capacités de l'être humain : « *C'est-à-dire que nous on ne les voit plus évidemment puisqu'ils sont partis. Mais j'imagine qu'ils doivent avoir... Oui c'est sûr il doit y avoir des symptômes heu... Mais je crois que ça doit s'arranger assez vite ! Parce que bon heu... **le corps humain a quand même des facultés d'adaptation étonnantes hein.*** » (Saladin, médecin)

Parmi ceux qui relatent leur expérience, un des participants fait la différence entre les longues et courtes peines :

« *J : Alors, souvent heu... **ça va quand même disparaître assez vite j'veux dire.. vu notre société où il y a quand même facilement moyen j'veux dire de.. de se détendre, de passer du bon temps, de retrouver des sensations heu.. par rapport j'veux à sortir d'une prison dans un pays en guerre où on va se cacher, on n'est pas sûr d'avoir à manger. Donc en général il y a un rebond donc ils vont.. extra-profiter pendant une période et puis souvent ça.. ça se normalise heu... c'est rare que des détenus qui font des peines de 1 à 5 ans de prison ça s... ça reste marqué après. Maintenant des gens qui vont faire des plus longues peines, là ça va se marquer.***

C : Dans quel sens ?

*J : en fait ils vont.. c'est un peu comme si y'avait un **remodellement de la personnalité** où ils vont fonctionner dans un.. de manière moins ample. Et donc même à l'extérieur ils vont moins rechercher de.. de contacts, de sensations, de choses comme ça. Ils vont rester dans leur fonctionnement souvent heu... plus solitaire heu.. oui. » (Jubadon, psychiatre)*

Un autre différencie également les personnes ayant été condamnées à de longues peines et celles à de plus courtes qui ont été, au cours de leur détention, atteints d'une psychose carcérale. Il note l'atteinte des fonctions instinctives qui caractériserait les personnes ayant vécu un enfermement sur le long terme et l'amélioration rapide des individus atteints de psychose carcérale :

« ***Des atteintes des fonctions instinctives, le sommeil, l'appétit, heu.... La libido heu... le maintien de l'état d'angoisse permanent ou à contrario un état de heu... de dépression et d'affaiblissement thymique heu... relativement prégnant.*** »

« *Et donc ils.. **ce sont des psychoses qui s'améliorent dès la sortie de prison et qui montrent à quel point l'environnement en tout cas est prépondérant dans leurs manifestations et leurs organisation*** » (Pacheco, psychiatre).

La participante Wooten évoque les angoisses que provoqueraient les bruits extérieurs, le rapport au toucher ainsi que l'explosion de stimulation :

« Une fois qu'ils vont être à l'extérieur j'sais bien qu'y en a certains qui m'ont dit « dès que j'entends un verrou qui se claque, ça me créé une angoisse ». Donc oui ça heu... clrmt. Et les bruits de la vie quotidienne qui n'ont plus entendus en prison comme les klaxons de voiture heu.. heu.. enfin tous ces trucs là. Ça les dérange quoi. Ou le... comment on appelle c'était le cliquetis du... aller du changement de direction sur la voiture, ça le dérangeait vraiment très fort. » (Wooten, médecin)

« Maintenant quelqu'un qui a été 5 ans en prison et qui presque tous les jours à du subir une fouille corporelle, je pense que pour le toucher affectif à la sortie ça doit être particulièrement complexe. Ça doit être... Et vu que ce sont beaucoup des hommes je me demande.. maintenant voilà j'ai jamais l'expérience.. si ils ne vont pas avoir un peu une attitude de brutalité peut être ; eux-mêmes avoir la relation affective dans le toucher est beaucoup plus perturbé. Mais voilà ». (Wooten, médecin)

« Et il disait « quand j'arrivais à 8h chez moi le soir je développais des angoisses terribles parce que j'étais dans un monde bourré de stimuli et moi j'étais normalement dans ma bulle, dans ma cellule où je n'avais qu'une chose à faire, c'était de regarder la TV, fumer etc. M'occuper quoi. » Ça ça m'avait un peu marqué. Et puis en même temps je trouvais ça très logique. » (Wooten, médecin)

Enfin, une participante relate l'apparition de vertiges durant quelques minutes lorsque les détenus sortent de prison : *« Lorsque certains sortent pour prendre le train (gare à 2 km) lors de congés par exemple, ils relatent après des vertiges qu'ils ont eu à cause de la luminosité, de la circulation etc. Ces vertiges durent quelques minutes puis le corps se réhabitue. » (Isalube, infirmière)* Une autre mentionne sa propre expérience de vertige : *« Des vertiges, des sensations de vertiges lorsqu'elle sort et entre de la prison ». (Bojutette, psychiatre)*

En conclusion, les soignants, de par ce qui leur a été raconté ou ce qu'ils supposent, semblent pour la plupart objectiver des perturbations sensorielles suite à la période d'incarcération, principalement pour les enfermements à long-terme.

7. Influence de la culture

L'influence de la culture sur le ressenti sensoriel revient de temps à autres au fil des entrevues. Nous avons hésité à le placer en tant que thème, mais il nous a finalement semblé important de mentionner que les soignants notaient des différences culturelles ; ce qui signifie qu'ils se sont intéressés à la sensorialité d'une certaine manière. Des différences sont notées au niveau du contact, du besoin de stimulations, des automutilations et des effets de la drogue.

Au niveau du besoin de stimulation, un participant mentionne l'origine africaine qui est habitué à être très stimulé.

*« Heu.. souvent les... j'ai remarqué une plus grande difficulté de patients d'origine africaine. Heu... parce que **la sensorialité j'veis dire est beaucoup plus développée que dans nos sociétés occidentales.** Heu.. aseptisée, on est à l'intérieur où c'est chauffé parce que il pleut heu... voilà par rapport à des gens qui vivent beaucoup plus à l'extérieur heu.. et eux ont beaucoup plus de mal avec cette privation. »* (Jubadon, psychiatre)

Un autre évoque les automutilations :

*« Cela peut également être culturel. Les **maghrébins utilisent beaucoup plus cette technique** ([automutilation]). »* (Dierickx, médecin)

Un autre parle du rapport au toucher :

*« Donc je les touche hein, quoiqu'il arrive, y'a pas des gants etc. Donc quelle que soit leur pathologie, ben je me lave les mains après. Et je crois qu'ils apprécient parce que **tous les musulmans etc, tout de suite ils sont surpris hein parfois au début hein. Alors ils mettent la main sur le cœur enfin voilà c'est assez étonnant.** »* (Saladin, médecin)

Enfin, une participante relève les effets de la consommation de substances :

*« **Les maghrébins sont plus sensibles au cannabis.** »* (Isalube, infirmière)

Chapitre 3. Discussion

1. Le libre arbitre des soignants

L'enfermement est depuis le 19^e siècle le modèle privilégié de punition. Le but étant de rendre les corps dociles, ils sont produits grâce à un emploi du temps strict, un contrôle des gestes ou encore un examen des corps et des esprits (Foucault, 1975). Pour ce faire, une codification dans le temps et dans l'espace ainsi qu'une dissociation du couple voir/vu caractérisent le mode de vie carcéral (Kalonji, 2016). Le corps est surveillé en permanence, enfermé entre quatre murs, permettant la domination de l'institution. Alors que le corps a besoin de stimulations environnementales pour se déployer, la logique de domination enferme les corps dans une sensorialité particulière, « quasi inexistante » (Auvert, 2003). Comme le mentionne le participant Pacheco (psychiatre) :

« Ce sont des milieux aseptisés, il n'y a pas beaucoup de subtilité, il n'y a quand même pas beaucoup de nuances heu... c'est froid, c'est métallique, c'est carrelé, c'est... Donc ce n'est pas un milieu qui heu... permet une explosion heu des sens quoi. »

Alors que les soignants se rendent compte de cette hyposensorialité, il semblerait qu'ils contribuent à cette logique de domination, à leur insu ou non. En effet, pour l'administration, « un corps calme est un corps modèle » (Dierickx) et pour répondre à cet objectif, elle pourrait passer par les soignants. De fait, les résultats des entretiens ont mis en avant le fait que la médication est partie prenante du soin en prison. La prescription de benzodiazépines ou somnifères est administrée à tout va et serait pour les soignants, la seule possibilité d'aider la personne. Effectivement, lorsqu'ils sont interrogés sur la raison de cette abondance de prescription, les participants de notre étude notent le peu d'outils alternatifs disponibles. Cette information débouche alors sur une question qui semble judicieuse : Qu'en est-il du libre arbitre des soignants en détention ? Comme l'évoque Auvert (2003, Le « corps médical » : de la difficulté d'agir dans un contexte de suspicion, para. 2), « Les médecins et infirmières doivent accepter les règles et adapter leur exercice ». Eux-mêmes soumis à cette logique de domination, ils la nourrissent en administrant des substances sédatives aux détenus qui se plaignent.

Cependant, en référence à la classification de Milly (2001), qui distingue quatre types de soignants (les organicistes, les spécialistes pénitentiaires, les consensuels et les puristes)²⁴, les raisons de prescriptions diffèrent. Certains confient essayer de modérer le plus possible leurs prescriptions : « *Ce qu'on essaie de faire c'est que l'activité psychiatrique ne soit pas une activité de neutralisation... du patient incarcéré.* » (Pacheco, psychiatre). Ils se rapprocheraient alors de la catégorie « spécialistes pénitentiaires ». D'autres, qui correspondraient aux « organicistes », évoquent le fait de ne pas avoir le temps, de ne pas avoir les outils nécessaires et que la prescription est donc le seul moyen de soulager le patient. Enfin, et plus particulièrement les infirmières semblent vouloir répondre aux exigences de l'administration et éviter tout conflit. Elles caractériseraient donc la catégorie « consensuels » de Milly (2001). Nous l'avons notamment remarqué lors des entretiens, lorsque chacune d'elles s'est assurée de l'anonymat de l'entretien.

Dès lors, les organicistes et les consensuels semblent se conformer aux exigences de l'administration, ces dernières insistant sur l'anesthésie du corps du détenu et par conséquent, sa sensorialité. Ne laissant que peu de possibilités d'action aux soignants, ces derniers sont pris dans un engrenage les poussant à prescrire des médicaments sédatifs. Cela nous a d'ailleurs interpellé lorsqu'une participante nous a expliqué qu'elle ne pouvait pas prescrire ce qu'elle voulait aux détenus :

« Oui on a un listing qui heu donc le CVIP dont le listing des médicaments en Belgique il est comme ça (montre livre), il est quand même relativement épais et il est heu bien fourni. Là c'est heu.. ben y'a quand même l'explication des médicaments mais y'a quand même heu... pas mal de médicaments sur une page et là y'a une dizaine, maximum une dizaine de médicaments par page et je crois que j'ai 20 pages donc faut dire qu'en médicaments ici on est à... 600 ? (rires). » (Wooten, médecin)

Grâce à ces informations, nous pouvons supposer que l'engrenage se referme de plus en plus, ne laissant que peu d'opportunités, de liberté d'action pour les soignants.

²⁴ Les soignants « organicistes » perçoivent le détenu comme étant simplement à soigner ; les consultations sont rapides et efficaces ; la prescription de médicaments est abondante et les relations patients-médecins sont impersonnelles, polies et techniques. Les spécialistes pénitentiaires se préoccupent de la personne en elle-même, ils veulent valoriser la spécificité des soins et réclament plus de temps avec les détenus. Les consensuels veulent quant à eux simplement éviter tout conflit avec le personnel pénitentiaire, quitte à placer le soin en second plan. Enfin, les puristes mettent la priorité sur le respect de la déontologie.

La logique de domination représentant l'institution carcérale semble donc s'imposer également aux soignants, en réduisant à bien peu les possibilités de soin. La prescription de médicaments définis par l'institution semble être utilisée par défaut. Cette médication majoritairement sédatrice contribue donc à la domination des corps, les empêchant de se déployer sensoriellement.

2. Limites de l'étude

Bien que cette étude ait la force d'étudier sous un autre angle un sujet évoqué dans la littérature, c'est-à-dire le point de vue des soignants sur les troubles sensoriels, il est important de prendre conscience de certaines limites.

La première limite constitue le fait que le sujet de ce mémoire soit assez peu étudié dans la littérature. En effet, nous n'avons pris connaissance d'aucun ouvrage qui discute uniquement de la question des troubles sensoriels en prison et encore moins d'un qui lie cette question avec le soin. Les livres de Gonin (1991) et de Lemiszewska et Lhuilier (2001) consacrent un chapitre à ce sujet et d'autres en touchent quelques mots, mais ce n'est pas un thème dominant dans la littérature sur les prisons. Dès lors, la nouveauté a rendu la recherche plus difficile. Bien que nous ayons tenté de rester le plus consciencieux possible, des recherches sur des sites internet tels que l'Observatoire International des Prisons ou des rapports de justice, etc. ont été nécessaires.

Deuxièmement, le fait de s'être penché sur la revue de littérature a certainement permis de comprendre les propos des participants ; mais cela a également pu nous orienter lors de l'entrevue et lors de l'analyse thématique. En effet, après avoir écrit et approfondi le phénomène des troubles sensoriels en prison, un travail d'autoréflexion a dû être réalisé pour ne pas que les connaissances acquises influent trop sur les questions ou les interprétations. Cependant, bien que nous soyons conscients de ce biais, une projection de notre part a pu se produire inconsciemment.

La troisième limite concerne le cadre pénitentiaire en tant que tel. En effet, ce milieu est réglé par la contrainte, chaque sujet investigué le concernant est soumis à une

méfiance de la part de l'institution. Nous l'avons notamment remarqué lorsque nous avons téléphoné à différentes prisons pour obtenir les coordonnées d'infirmières, médecins et psychiatres. Par ce biais, nous n'avons obtenu aucun résultat. A chaque fois, une autorisation spécifique nous était demandée. Le temps n'étant pas à notre avantage, nous avons dû passer par un autre chemin qui, nous ne le saurons jamais, a peut-être joué en notre faveur ou défaveur.

Quatrièmement, bien que cela ait été mentionné dans la partie méthodologie, il semble important de placer le lieu de l'entretien comme une limite à cette étude. Deux entretiens se sont déroulés dans des situations particulièrement difficiles : l'un dans un bureau ouvert au sein d'une prison et l'autre dans une brasserie. Dès lors, tant le participant que nous même ont pu être perturbés par l'environnement et influencés les données en ne précisant pas tous les savoirs ou en ne posant pas les bonnes questions.

La cinquième limite concerne le fait que la population interrogée était directement concernée par le sujet puisqu'ils étaient écoutés sur son interprétation du phénomène. Cependant, comme le précise Milly ayant également mené une étude avec cette population, ce nouvel angle d'approche « ne permet pas de tout voir ou encore ne permet toujours de *mieux* voir *la* prison » (Milly, 2001, p. 25). Cela aurait été intéressant d'inclure des professionnels de la santé au sens large (tel que des kinésithérapeutes, des psychologues, des ergothérapeutes etc.), des agents pénitentiaires ou encore les détenus eux-mêmes. En effet, lors d'une entrevue, une agente pénitentiaire accompagnait une participante, et cette agente a offert à plusieurs reprises certains propos qui n'étaient pas validés par la participante. De plus, le point de vue du détenu, acteur principalement concerné par ce sujet, aurait également pu apporter un autre angle d'approche.

La dernière limite concerne un éventuel biais de désirabilité sociale, entendue comme la « tendance à produire une image de soi favorable » (Tournois, Mesnil & Kop, 2000, p. 19). La plupart des participants n'ayant pas connaissance du sujet aux premiers abords, ils peuvent vouloir montrer que ce sont tout de même des bons soignants en évoquant certaines données. Nous ne disons pas que ces données sont fausses, simplement qu'elles ont peut-être été influencées par ce biais.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de ce mémoire était de comprendre la place accordée aux troubles sensoriels dans les soins offerts aux détenus belges. Afin de répondre de la meilleure manière qu'il soit à la question, nous avons établi cinq sous-questions, qui ont permis de structurer d'une certaine manière ce travail : (1) Qu'est ce qui est entendu par troubles sensoriels ? (2) Quelle influence à la prison sur ces troubles ? (3) Quelle place leur est accordée dans les soins ? (4) Qu'est ce qui est mis en place par les professionnels de la santé pour aider les détenus à ce niveau sensoriel ? (5) Selon les professionnels de la santé, quelles sont les conséquences de ces troubles lors de la libération ? Ce mémoire a été séparé en deux afin de bien distinguer la revue de la littérature et le travail de terrain que nous avons réalisé. Les deux premières questions ont été traitées dans la partie théorique et les trois dernières sont représentées le long de la partie empirique.

Dans un premier temps, nous avons établi une revue de la littérature portant sur les troubles sensoriels en milieu carcéral. Il nous semblait important d'établir une partie uniquement consacrée à ces troubles, afin de contextualiser le sujet. Cette partie théorique a dès lors permis de répondre à la question de ce qui est entendu par troubles sensoriels et l'influence qu'à la prison à leurs égards. Il a été explicité que ces troubles sont un défaut de détection ou d'interprétation de l'information sensorielle qui parvient au cerveau, notamment dû à l'environnement dans lequel l'individu se situe. Ce dernier qu'est la prison offre aux détenus une sensorialité particulière. Certaines stimulations sont sur-représentées et caractérisées par la répétition et la monotonie ; d'autres sont sous-représentées, c'est la déprivation sensorielle. Ces particularités sensorielles sont la conséquence de trois environnements qui font partie prenante de la prison : l'environnement physique, social et psychologique. En imposant un espace contrôlé, une dissociation du couple voir/vu, une restriction des possibilités de relations sociales telles que retrouvées lors des visites ou au travail, une adaptation des pratiques selon l'ancienneté de l'établissement caractérisée par l'isolement dans les prisons modernes, des conditions physiques telles qu'un manque de luminosité, une odeur carcérale, un brouhaha constant et un manque de variation des menus, ou encore en imposant des pratiques telles que les fouilles quotidiennes ; les corps ne peuvent pas se déployer sensoriellement dans l'*Umwelt* (Chamond et al., 2014). La place des cinq sens dans cet

environnement est dès lors compromise et implique des phénomènes de neutralisation, d'habituation ou même d'exacerbation des sens. Cette exacerbation concerne l'ouïe en particulier, qui pourrait s'améliorer afin de répondre à un instinct de défense, présent chez tout un chacun. Les conséquences découlant tant de ces environnements que de cette évolution des sens sont à la fois psychologiques, physiques et financières. Cela provoquerait effectivement des angoisses, un impact identitaire, un repli sur soi, un danger en termes de survie mais également des conséquences financières, argent qui permettrait à l'individu de varier les stimulations. Pour faire face à ce que nous venons d'évoquer, les détenus utiliseraient des stratégies qui leurs permettent de retrouver une certaine sensorialité ou au contraire, de se renfermer encore plus sur eux-mêmes. Enfin, certains de ces propos, bien que spécifiquement relatifs à la prison jusqu'à présent, semblent se perpétuer lors de la libération de la personne. Alors que la sortie est idéalisée par la personne incarcérée, des conséquences telles que des angoisses, des vertiges, des troubles de la vision ou encore de la fatigue caractériseraient l'individu. Cette partie a mis en exergue un habitat particulier qui a des effets au niveau sensoriel. Dans la société, chaque environnement a ses particularités ; il serait intéressant de se pencher sur les différences sensorielles au niveau de différents habitats tels que les hôpitaux, asiles, villages miniers, etc. Autrement dit, tout endroit qui est caractérisé par des éléments particuliers relatifs aux cinq sens.

Dans un second temps, nous avons réalisé un travail de terrain afin de répondre plus spécifiquement à la question de recherche qui, à notre connaissance, n'a pas fait l'objet d'un travail approfondi dans la littérature. Pour ce faire, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de trois médecins généralistes, trois infirmiers et trois psychiatres dans les prisons belges francophones. L'utilisation de l'analyse thématique a donné lieu à une analyse complète des entrevues. Elle a permis l'émergence de sept thèmes généraux en lien avec notre question de recherche : le rapport aux sens, les caractéristiques propres à l'institution, le rapport au corps, la prise de substances, les mises en place par les soignants pour agir sur les particularités sensorielle, l'évolution lors de la libération et enfin l'influence de la culture. Grâce à ces thèmes, des réponses à la question de recherche ont pu être apportées. Premièrement, nous avons remarqué qu'aux premiers abords, les soignants sont hésitants lorsque le sujet est abordé, ils ne savent pas exactement en quoi ça consiste. La majorité d'entre eux a commencé l'entretien en citant les cinq sens et l'impact provoqué par le cadre carcéral. C'est à ce

moment qu'ils semblent conscientiser les troubles sensoriels et approfondissent le sujet, soit en émettant des suppositions, soit en relatant des observations, des paroles de détenus ou encore leur propre expérience à ce propos. Nous avons noté des différences de discours selon les professions. Les psychiatres semblent plus familiers avec le sujet et les médecins et infirmières le savent : ils se plaignent d'ailleurs de la moindre disponibilité des psychiatres dans les prisons. Les médecins semblent quant à eux se distancier du sujet de notre recherche, en évoquant notamment leur manque de temps et leur pratique en dehors de la prison. Deuxièmement, nous avons pu noter des différences de discours selon certaines caractéristiques de la prison. C'est notamment le cas de l'ancienneté du bâtiment. Au plus le bâtiment est ancien, au plus les critiques à propos de l'environnement fusent : le manque d'hygiène, la résonance, le manque de contact disponible et la médiocrité du soin sont évoqués. Nous avons également noté une différence de discours entre l'infirmière travaillant en prison ouverte et les autres soignants, tant au niveau de la lumière, de l'aération et du contact. De plus, les hommes détenus sont perçus comme ayant une moins bonne sensorialité que les femmes, notamment à cause d'une image de soi qui serait pour eux à tenir. Ensuite, le niveau d'isolement dans lequel le détenu se trouve est également interprété par les soignants. Selon eux, au plus l'individu est isolé, au plus leur sensorialité diminue. Un participant mentionne tout de même que certains détenus recherchent l'apaisement qui serait retrouvé au cachot. Enfin, l'architecture de la prison, avec notamment la dissociation voir/vu qu'elle entraîne et la différence entre son architecture en étoile ou en niveau sont évoqués comme ayant un impact au niveau de la sensorialité de la personne. Troisièmement, le thème « perception du corps » a permis de démontrer que les participants liaient le corps à la sensorialité. La domination de l'institution enferme le corps dans un endroit peu stimulant, avec peu de contacts relationnels possibles, si ce n'est les fouilles quotidiennes. Cela aurait selon eux un impact sur la sensibilité de la personne ; qui tenterait de se réapproprier son corps par l'automutilation, le sport ou le suicide. Quatrièmement, la prise de substances est un sujet reconnu par les soignants et qui les inquiètent. Elles auraient notamment des effets négatifs au niveau du goût et de l'odorat. Ils savent que les détenus s'en procurent, mais sont également conscients qu'eux en prescrivent énormément. Pour eux, ils n'ont pas le choix, l'institution ne propose pas d'autres alternatives. Ces substances et les pathologies provoquent selon la plupart des hallucinations sensorielles. En plus des médicaments, les participants évoquent la parole, une séance chez le kiné ou encore la procuration de lunettes pour aider les détenus au niveau sensoriel. Cinquièmement, la plupart des

participants confient ne pas suivre de détenus après leur sortie, pour différentes raisons, mais reconnaissent tout de même des troubles sensoriels tels que des vertiges ou des troubles des fonctions instinctives, principalement pour les individus ayant purgé de longues peines. Sixièmement plusieurs soignants ont évoqué des perceptions sensorielles différentes selon la culture du détenu.

Dès lors, bien que le sujet des troubles sensoriels ne vienne pas spontanément à l'esprit de certains soignants (surtout des médecins et infirmières), nous avons constaté qu'ils ont tout de même des choses à partager.

Des ressemblances avec la littérature peuvent être établies ; notamment en termes d'hygiène, d'architecture, de réappropriation corporelle, et d'évolution des sens. Nous pouvons également noter l'importance particulière qui est accordée au corps au sein du soin. Les soignants reconnaissent que l'environnement a un impact sur le corps du détenu, qui tente par tous les moyens de se le réapproprier. Cela est en accord avec la majorité de la littérature sur la prison, tel que mentionné dans l'introduction générale. Certains font également le lien avec l'expérience sensorielle :

« Et donc on a, comme si vous voulez attitude, ou contre attitude ou attitude défensive, des patients qui vont, beaucoup plus qu'à l'extérieur, se mutiler ou utiliser des techniques qui vont mobiliser leur corps de manière plus violente comme pour réaffirmer la possibilité de se sentir sentir. » (Pacheco)

Cependant, alors que la consommation de drogues n'était qu'une hypothèse dans la partie théorique, la circulation de la drogue et des traitements médicamenteux et leurs effets sensoriels associés semblent régner en prison et sont reconnus par les participants. Nous pouvons nous demander l'influence qu'à l'institution sur cette prise de substances : ne serait-ce pas pour elle un moyen d'atteindre son idée que « un détenu calme est un détenu modèle » dans sa logique de domination ? Dès lors, il est judicieux de remettre en question le libre arbitre laissé au soignant dans les soins qu'il administre aux détenus. La réponse nous permettrait de mieux comprendre la place qui est laissée aux troubles sensoriels.

Enfin, nous avons noté des contradictions en ce qui concerne la modernité de l'établissement. En effet, alors que la littérature et certains participants mentionnent que les nouveaux bâtiments isolent encore plus les détenus, les soignants pratiquant au sein même d'établissements modernes se disent « bien lotis », la prison est selon eux « bien adaptée » aux besoins des détenus. Lorsque nous leur évoquons ce que la littérature dit,

ils révoquent cette idée en comparant notamment la prison à une « prison quatre étoiles ». Cette différence de mentalités est également intéressante à analyser : est-ce que l'administration ne se servirait à nouveau pas du soin et de sa disponibilité pour cacher les défauts de la prison et de l'isolement qu'elle provoque ?

La réponse à la question de recherche n'est donc pas catégorique. Les psychiatres accorderaient une plus grande place aux troubles sensoriels que les deux autres professions interrogées. Ces dernières ne nient pas pour autant leur existence, ils expriment simplement qu'il y a « d'autres plaintes plus importantes à traiter ». Les médecins et infirmières se plaignent également de l'insuffisance des moyens mis en place par l'administration pénitentiaire pour leur permettre une prise en charge de l'individu autre que médicamenteuse.

Deux questions peuvent se poser à la suite de ces propos. Premièrement, en rapport avec la perception du corps, nous pouvons nous demander la place qui lui est laissée puisqu'il est enfermé dans une sensorialité qui l'empêche de se déployer et d'explorer le monde. Bien que les soignants soient conscients de ce problème, peu de solutions semblent être mises en place. Par conséquent, nous nous demandons s'il ne serait pas judicieux de plutôt poser la question de la place accordée aux troubles sensoriels dans l'administration pénitentiaire et la logique carcérale qui la sous-tend, afin de répondre à la question du libre arbitre qui est laissé aux soignants ainsi que la place accordée au « corps sensoriel ».

Ce mémoire ne se voulant pas exhaustif au vu des limites qu'il possède, il serait intéressant d'approfondir le sujet, notamment en écoutant d'autres populations de la prison telles que les agents pénitentiaires, les soignants au sens large du terme, les directeurs ou encore les détenus eux-mêmes à propos de leurs interprétations des troubles sensoriels, et la place qui leur est accordée dans le soin. Suite à cela, des ateliers pourraient être organisés au sein des prisons pour prévenir, mais également expliquer et aider à repérer les troubles sensoriels afin d'en réduire l'impact physique, psychologique et financier.

BIBLIOGRAPHIE

Sources légales :

Code pénal du 8 juin 1867, M.B., le 9 juin 1867, p3133.

Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre signée à Rome le 4 novembre 1950, M.B., le 19 août 1955, p5029.

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, M.B., le 1^{er} février 2005, p2815.

Références bibliographiques :

Abram, J. (2018). *The language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words*. London : Routledge.

Adam, C., & Englebert, J. (2016). Éthologie et criminologie clinique : Debuyst avec Demaret pour une éthique de l'adaptation. *Cahiers de psychologie clinique*, 47(2), 9. <https://doi.org/10.3917/cpc.047.0009>

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux [ANESM]. (2016). Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. *Volet Résidences autonomie*. 32. Repéré le 30 juin 2019 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficience_resi_aut_230117.pdf

Andrieu, B. (2007). Les Techniques d'isolement sensoriel : la désaffection punitive du corps prisonnier. Dans M. Cicchini & M. Porret (Eds.), *Les Sphères du pénal avec Michel Foucault* (pp. 267-281). Lausanne : Antipodes.

- Auvert, A.-J. (2003). *Écrire pour survivre*. 2. Effets de l'incarcération sur le corps des détenus. Repéré le 1 août 2019 à <http://prison.eu.org/spip.php?article3281>
- Baillette, F. (1997). Corps reclus, Corps torturés. *Quasimodo*, (2), 33-46. Repéré à <http://www.revue-quasimodo.org/PDFs/2%20-%20Baillette%20Prison%20Corps%20Sante.pdf>
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.
Reth<https://www.erudit.org/en/journals/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar/>
- Beernaert, M-A. (2007). *Manuel de droit pénitentiaire*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Anthemis.
- Bessin, M., & Lechien, M.-H. (2002). Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnologie française*, 32(1), 69-80.
<https://doi.org/10.3917/ethn.021.0069>
- Black, D. (1992). Children of parents in prison. *Archives of Disease in Childhood*, 67(7), 967-970.
- Bony, L. (2015). La domestication de l'espace cellulaire en prison. *Espaces et sociétés*, 162(3), 13-30.
- Bottoms, A. E. (1999). Interpersonal Violence and Social Order in Prisons. *Crime and Justice*, 26, 205-281. doi: 10.1086/449298
- Bouhnik, P. (2002). La drogue comme expérience intime. *Ethnologie française*, Vol. 32(1), 19-29.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

- Brillet, E. (2013). Vieillesse(s) carcérale(s). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*. 38. Repéré le 6 juin 2019 sur le site de la Justice Gouvernamentale à http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_detudese38.pdf
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. Elmsford, NY, US: Pergamon Press. <http://dx.doi.org/10.1037/10037-000>
- Chamberlain, J. (2015). Feeling the pains of imprisonment, just without the bars:” How incarceration affects loved ones in Canada. *Rittenhouse: A New Vision.*, 1-6.
- Chamond, J., Moreira, V., Decocq, F., & Leroy-Viémon, B. (2014). La dénaturation carcérale. Pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison. *L'information psychiatrique*, 90(8), 673-682.
- Chantraine, G. (2003). Prison, désaffiliation, stigmates : L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Déviance et Société*, 27(4), 363. <https://doi.org/10.3917/ds.274.0363>
- Chantraine, G. (2004). *Par-delà les murs: Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.chant.2004.01.
- Chauvenet, A. (1992). Dr Daniel Gonin : La santé incarcérée ; médecine et conditions de vie en détention. *Sciences sociales et santé*, 10, 135-138.
- Combessie, J. (2007). IV. Sondages, échantillons. In J.-C. Combessie (éd.), *La méthode en sociologie* (pp. 45-54). Paris: La Découverte.
- Comfort, M. (2003). In The Tube At San Quentin: The “Secondary Prisonization” of Women Visiting Inmates. *Journal of Contemporary Ethnography*, 32(1), 77-107. doi: 10.1177/0891241602238939

- Comfort, M., Grinstead, O., McCartney, K., Bourgois, P., & Knight, K. (2005). "You can't do nothing in this damn place": Sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner. *Journal of Sex Research*, 42(1), 3-12. doi: 10.1080/00224490509552251
- Cooke, C. L. (2014). Nearly Invisible: The Psychosocial and Health Needs of Women with Male Partners in Prison. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(12), 979-982. doi: 10.3109/01612840.2013.873103
- De Beaupaire, C. (2012). La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Revue du MAUSS*, 40(2), 125. doi : 10.3917/rdm.040.0125
- Debuyst, C. (2014). *La criminologie clinique, un passage par Wittgenstein*. Bruxelles : Larcier.
- De Greeff, E. (1947). Les instincts de défense et de sympathie. (1^e édition). Paris : Presses Universitaires de France. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030616913>
- Demonchy, C. (2000). L'institution mal dans ses murs. In C. Veil & D. Lhuilier (2000). *La prison en changement*. Eres. 159-184.
- Désesquelles A. (2005). Le handicap en milieu carcéral en France. *Population*, 60, 71-98. doi: 10.3917/popu.501.0071
- Dufaux, F. (2010). L'emploi des personnes incarcérées en prison : pénurie, flexibilité et précarité.: Une normalisation ? *Déviance et Société*, 34(3), 299. doi: 10.3917/ds.343.0299
- Fabre-Magnan, M. (2007). La dignité en Droit : un axiome. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 58(1), 1-30. <https://doi.org/10.3917/riej.058.0001>
- Feeley, M. M., & Simon, J. (1992). The new penology : Notes on the emerging strategy of corrections and its implications. *Criminology*, 30(4), 449-474. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01112.x>

- Fernandez, F. (2004). La souffrance des usagers de drogues incarcérés : regards profanes sur le sens de la peine. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, ENSP, 273-280.
- Foguem, C., Doe De Mandreville, A., Moulin, T, Vandiel, P., Brand, G., Dramé, M, Pfitzenmeyer, P., Blanchard, F. (2011). P1.7 Troubles sensoriels et désafférentation. *Les Cahiers De L'année Gériatologique*, 3 (Supplément 1), p. 173.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1971). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Frigon, S. (dir.). (2012). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Québec : Éditions du Remue-ménage.
- Garnier, É., & Brun, A. (2016). Sensorialité et hallucinatoire dans la clinique de la criminalité. Un groupe « corps et peinture » en prison. *Revue française de psychanalyse*, Vol. 80(4), 1149-1160.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives*, 3, 274-286.
- Godefroid J. (2011). *Psychologie: Science humaine et science cognitive*. 3ème édition. Bruxelles: de boeck.
- Goethals, J. (1980). Les effets psycho-sociaux des longues peines d'emprisonnement. *Déviance et société*, 4(1), 81-101.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Ed. de minuit.

- Gonin, D. (1991). *La santé incarcérée : Médecine et conditions de vie en détention*. Paris : L'archipel.
- Handtke V., Bretschneider W., Wangmo T. & B. S. Elger (2012), « Facing the Challenges of an Increasingly Ageing Prison Population in Switzerland: In Search of Ethically Acceptable Solutions », *Bioethica Forum*, 5, 134-141.
- Harlow, H., & Zimmermann, R. (1959). Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science*, 130(3373), 421-432. Repéré le 14 août 2019 à <http://www.jstor.org/stable/1758036>
- Hebb, D. O., & Heron, W. (1955). Effects of radical isolation upon intellectual function and the manipulation of attitudes. *Terminal report on conditions of attitude change in individuals*. Ottawa: Defense Research Board. Repéré le 2 août 2019 à <http://cradpdf.drdc-rddc.gc.ca/PDFS/unc65/p259276.pdf>
- Jacquet, C. (2010). *Philosophie de l'odorat*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jaspart, A. (2016). Quand les corps adolescents parlent de l'enfermement. *Criminologie*, 49(1), 247-262. <https://doi.org/10.7202/1036202ar>
- Kalica, E. (2015). Le travail prisonisé : Le point de vue des détenus. *Déviance et Société*, 39(2), 189-207. <https://doi.org/10.3917/ds.392.0189>
- Kalonji, J. (2016). De quelques considérations sur la prise en charge de patients dits psychotiques en annexe psychiatrique. *Cahiers de psychologie clinique*, 47(2), 95-110. doi:10.3917/cpc.047.0095.
- Keen Clifton, R. (2001). Ce que les bébés nous ont appris : un parcours de recherche. *Enfance*, 53(1), 5-34. doi:10.3917/enf.531.0005.

- Kronl, M. (1990). *S'accommoder des pertes sensorielles : le goût et l'odorat*. P. 25-42. Dans Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990). *S'accommoder des pertes sensorielles : Recueil de textes portant sur la vue, le goût, l'odorat, l'ouïe et le toucher au regard du vieillissement*. (pp. 25-42). Repéré le 5 juin 2019 sur le site du Gouvernement du Canada à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H71-2-1-8-1990F.pdf>
- Lebreton, B., Hazif-Thomas, C. & Thomas, P. (1997). Valorisation de la fonction olfagotogustative chez la personne âgée. *La Revue du Généraliste et de la Gériatrie*, 32. Repéré le 20 juin 2019 à <http://www.ch-esquirol-limoges.fr/Vous-etes-un-professionnel-de-sante/Publications/Par-les-professionnels/Les-articles-et-les-publications/Valorisation-de-la-fonction-olfacto-gustative-chez-la-personne-agee>
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2006). *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*. Paris : Métailié.
- Lemiszewska, A., & Lhuilier, D. (2001). *Le choc carcéral : survivre en prison*. Paris : Bayard.
- Lhuilier, D. (2006). Clinique du travail : enjeux et pratiques. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 205-219. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2005.12.001>
- Lhuilier, D. (2007). Perspective psychosociale clinique sur la « carcéralité ». *Bulletin de psychologie*, 491(5), 447. <https://doi.org/10.3917/bupsy.491.0447>
- Lilly, J. (1956). Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimuli on intact, healthy persons. *Psychiatric Research Reports*, 5, 1-9.

- Mary, P., Bartholeyns, F., & Béghin, J. (2006). La prison en Belgique : De l'institution totale aux droits des détenus ? *Déviance et Société*, 30(3), 389.
<https://doi.org/10.3917/ds.303.0389>
- Milhaud, O. (2015). L'enfermement ou la tentation spatialiste. De « l'action aveugle, mais sûre » des murs des prisons. *Annales de géographie*, 702-703,(2), 140-162.
 doi:10.3917/ag.702.0140
- Milhaud, O. (2017). *Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises*. Paris : CNRS.
- Miller, L. J., Fuller, D. A., & Roetenberg, J. (2014). *Sensational kids: Hope and help for children with sensory processing disorder (SPD)*. London : Penguin.
- Milly, B. (2001). *Soigner en prison*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M, Roberfroid, D, San Miguel, L & Vinck, I. (2017). *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 293Bs. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64. Repéré le 29 juillet 2019 à
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf
- Montagu, A. (1971). *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris : Edition du Seuil.
- Moran, D. (2016). *Carceral geography : Spaces and practices of incarceration*. NY : Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315570853>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin.

- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 175(1), 7-14. doi:10.3917/dia.175.0007.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 113-169.
- Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison : A break in the pathway. *Substance Use & Misuse*, 37(1), 47-63. <https://doi.org/10.1081/JA-120001496>.
- Portelli, S., & Chanel, M. (2014). *La vie après la peine*. Paris : Grasset.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S. & McNamara, J. O. (2004). *Neurosciences*. 3e édition. Bruxelles : De Boeck.
- Quilichini, S., Rivet, B. & Paulin, P. (2005). Syndromes et maladies psychiatriques à nom propre. *Perspectives Psy*, 44(4), 311-323. Repéré le 3 août à <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-perspectives-psy-2005-4-page-311.htm>.
- Ricordeau, G. (2004). Enquêter sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention. *Déviance et Société*, 28(2), 233-253. doi:10.3917/ds.282.0233.
- Robert, D., & Gaudet, S. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique* - desLibris. Presses de l'Université d'Ottawa. Repéré à <https://www-deslibris-ca.proxy.bib.uottawa.ca/ID/456599>
- Ross, J. I., & Richards, S. C. (2002). *Behind bars: Surviving prison*. London : Penguin.
- Rostaing, C. (2017). Quelques ficelles de sociologie carcérale. *Crimino corpus* [En ligne], Prison et méthodes de recherche, Communications, mis en ligne le 30 juin 2017, consulté le 18 juillet 2019. Repéré à : <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3552>

- Ruquoy, D. (1995). Situation d'entretien et stratégie de l'interviewer. *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, 59-82.
- Santorso, S. (2015). La perception de la peine d'emprisonnement entre privation et solidarité : Une analyse des conditions matérielles de vie des détenus. *Déviance et Société*, 39(2), 171-188. <https://doi.org/10.3917/ds.392.0171>
- Saulnier, D. (1990). S'accommoder des pertes sensorielles : le toucher. Dans Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1990). *S'accommoder des pertes sensorielles. Recueil de textes portant sur la vue, le goût, l'odorat, l'ouïe et le toucher au regard du vieillissement*. (pp. 71-88). Repéré le 5 juin 2019 sur le site du Gouvernement du Canada à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H71-2-1-8-1990E.pdf>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 99-111. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Scheer, D. (2013). Le paradoxe de la modernisation carcérale. Ambivalence du bâti et de ses usages au sein de deux prisons belges. *Cultures & Conflits*, (90), 95-116. <https://doi.org/10.4000/conflits.18743>
- Schumacher, S.I. (2007). La peine sensorielle ou les avatars modernes d'une « pénalité de l'incorporel ». Dans M. Cicchini & M. Porret (Eds.), *Les Sphères du pénal avec Michel Foucault* (pp. 251-266). Lausanne : Antipodes.
- Seyler, M. (1988). Vivre avec son temps : les cantines des prisons. *Déviance et société*, 12(2), 127-145. doi : <https://doi.org/10.3406/ds.1988.1534>

- Shantz, L. (2012). Vieilles, ridées et enfermées : le corps à corps des détenues vieillissantes avec le système de justice pénale. Dans S., Frigon, (dir.). (2012). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Québec : Éditions du Remue-ménage.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic study of the child*, 1(1), 53-74.
- Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.02.002>.
- Stassen Berger, K. (ed.) (2011) *Psychologie du développement* (S. Bureau, Trans.). Bruxelles : De Boeck (2^e ed.). (Original work published 2008)
- Sykes, G. M. (2007). *The society of captives: A study of a maximum security prison* (1st Princeton classic ed.). Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Teil, G. (1998). Devenir expert aromaticien: Y at-il une place pour le goût dans les goûts alimentaires?. *Sociologie du travail*, 40(4) 503-522.
- Touraut, C. (2009). Entre détenu figé et proches en mouvement. « l'expérience carcérale élargie » : une épreuve de mobilité. *Recherches familiales*, 6(1), 81-88. <https://doi.org/10.3917/rf.006.0081>
- Touraut, C. (2012). 5. Des échanges entravés. Dans *La famille à l'épreuve de la prison* (pp. 177-216). Paris : Presses Universitaires de France.
- Tournois, J., Mesnil, F., & Kop, J. L. (2000). Autoduperie et hétéroduperie: un instrument de mesure de la désirabilité sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 50(1), 219-232.
- Trouillard Perrot, M. (2007). La santé « carcéralisée » : gestion de soi et chronicité pénitentiaire. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4(2), 41-57.

Van Campenhoudt L., & Quivy R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 4e édition.

Veil, C., & Lhuillier, D. (2000). *La prison en changement*. Ramonville Saint-Agne, France : Eres.

Vinet-Bonin, A. (2013). Corps suspect, corps déviant, Sylvie Frigon, Montréal, Les éditions du remue-ménage. *Nouvelles pratiques sociales*, 26 (1), 273–278.
<https://doi.org/10.7202/1024994ar>

Zaks, M. (2015). La consultation extra-carcérale : retour d’expérience. *Rhizome*, 56(2), 20-20. doi:10.3917/rhiz.056.0020.

Sites internet :

Choplin, M. (2012). *Vertiges et troubles vestibulaires : conférence du 14 avril 2012*. France Acouphènes. Repéré le 15 juin 2019 à <https://www.france-acouphenes.org/index.php/actu/conferences/86-vertiges-et-troubles-vestibulaires>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]. (2012). Repéré le 14 août 2019 à <https://www.cnrtl.fr>

Conseil de l’Europe. (2018). *Belgique : le Comité anti-torture demande une amélioration des conditions de détention en milieu carcéral, une meilleure prise en charge des internés psychiatriques et un renforcement de la lutte contre les violences policières*. Repéré le 6 juillet 2019 à <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/belgium-anti-torture-committee-calls-for-improved-prison-conditions-better-care-for-psychiatric-internees-and-stronger-action-against-police-brutality>

- Denèle, A. (2018). *Hypoesthésie*. Passeport Santé. Repéré le 13 juin 2019 à <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=hypoesthesie>
- Dindo, S. (2014). *Sortir de prison : le parcours d'obstacles*. Observatoire international des prisons, section française. OIP. Repéré le 21 juin 2019 à <https://oip.org/analyse/sortir-de-prison-le-parcours-dobstacles/>
- Hovine, A. (2019). *Il y a huit fois plus de suicides en prison qu'en dehors des murs*. Repéré le 22 juillet 2019 sur le site de La Libre à <https://www.lalibre.be/belgique/il-y-a-huit-fois-plus-de-suicides-en-prison-qu-en-dehors-des-murs-5c9cf0687b50a60b45656621>
- Justice Gouvernementale. (2017). *Les chiffres-clés de la Justice 2017*. Repéré le 5 décembre 2018 sur le site de la Justice Gouvernementale à http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Chiffres%20C1%E9s%202017.pdf
- Legrand, C. (2011). *Jan De Cock, l'homme aux 163 prisons*. Repéré le 4 juin 2019 sur le site RTBF à https://www.rtbf.be/info/societe/detail_jan-de-cock-l-homme-aux-163-prisons?id=7222973
- Le Breton, A. (2018). *Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle*. Observatoire international des prison, section française. Repéré le 21 juin 2019 à <https://oip.org/analyse/sortants-de-prison-poursuivre-les-soins-une-etape-essentielle/>
- Léna, P. (2012). *Perte d'odorat : un handicap réversible*. Repéré le 12 juin 2019 à <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/05/11/18174-perde-dodorat-handicap-reversible>
- Le Point. (2012). *La prison en chiffres*. Repéré le 6 juin 2019 à https://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/laurence-neuer/la-prison-en-chiffres-27-10-2012-1521704_56.php

- Mias, L. (1992). *S'accommoder d'une déficience du toucher*. Repéré le 13 juin 2019 à <http://papidoc.chic-cm.fr/08senstouch.html>
- Nicard, Q. (2017). *Agueusie : tout savoir sur la perte de goût*. Repéré le 13 juin 2019 à <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=agueusie-perde-gout-symptome>
- Observatoire international des prisons. (2008). *Notice 2008 de l'état du système carcéral belge*. OIP section belge. Repéré le 13 juin 2019 à http://www.oipbelgique.be/biblio/notice/Notice_2008.pdf
- Observatoire international des prisons. (2014). *Pétition de détenus contre les conditions d'hygiène à Saintes*. OIP section française. Repéré le 5 juin 2019 à <https://oip.org/analyse/petition-de-detenus-contre-les-conditions-dhygiene-a-saintes/>
- Observatoire international des prisons. (2019). *Tout est-il gratuit en prison pour les personnes détenues ?* OIP section française. Repéré le 14 juin 2019 à <https://oip.org/en-bref/tout-est-il-gratuit-en-prison-pour-les-personnes-detenues/>
- Rolland, C., Dangoumau, M., Bellaich, A.-C. (2015). Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans les établissements pour personnes âgées. *Cisam*. Repéré le 6 juin 2019 à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue_de_litterature_deficiences_sensorielles_livrable1.pdf
- RTBF. (2017). *Hygiène dans les prisons : la situation est déplorable !* Repéré le 5 juin 2019 à https://www.rtbf.be/vivacite/emissions/detail_c-est-vous-qui-le-dites/accueil/article_hygiene-dans-les-prisons-la-situation-est-deplorable?id=9505990&programId=25

Sax, H., & Berquin, M. (2019). *Communiqué de presse : l'Etat belge responsable de la surpopulation carcérale*. Observatoire international des prisons, section belge. Repéré le 4 juin 2019 à <http://oipbelgique.be/fr/?p=973>

Dictionnaire Larousse en ligne. (s.d.) Repéré le 29 juillet 2019 à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensorialité/72120>

Service public fédéral [SPF] de la Justice. (s.d.). *Politiques et programmes en matière de drogue*. Repéré le 14 juillet 2019 à https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/vivre_en_prison/politique_et_programmes_en_matiere_de_drogue

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1ere étape : présentation du chercheur

- Étudiante en dernière année en criminologie à l'UCL
- Réalisation du mémoire sur les troubles sensoriels en prison et leurs conséquences une fois que la personne est libérée
- L'entretien devrait durer plus ou moins 1 heure.
- Assurer la confidentialité et l'anonymat. L'école de criminologie prévoit même d'en interdire l'accès en bibliothèque.
- Êtes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre notre conversation ?
L'enregistrement me permettra d'être la plus fidèle possible à ce que vous me direz. Vous pouvez bien sûr demander de l'interrompre à tout moment.
- Je vais vous poser quelques questions, mais vous êtes libre de répondre ou non ; et dans le sens que vous le souhaitez.

2e étape : présentation de la personne

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ? Me dire par exemple si vous ne travaillez qu'en prison, quels types de patients vous voyez (prévenus/condamnés ; petites/longues peines,...), dans quelles conditions vous êtes lors des rendez-vous (surveillance, pièce fermée,...), etc.

3e étape : Les troubles sensoriels en prison

- On sait que la prison est un lieu particulier de par ses contraintes, son environnement physique. D'après vous, comment cet environnement pourrait avoir des impacts au niveau du registre sensoriel ?
- Avez-vous été témoin de ces impacts ?
- Qu'entendez-vous par trouble sensoriel ?
- Quelles causes pourraient-être liées à ces troubles ?

- Que pensez-vous du fait qu'il y ait un « vieillissement accéléré » en prison ? Pensez-vous que cela pourrait être considéré comme une explication ?
- Quelles conséquences ?
- D'autres participants ont mentionné la grande consommation de substances, pensez-vous que cela peut avoir un lien avec le sensoriel ?
- Avez-vous des détenus qui consultent spécifiquement pour ces troubles ?
- Pensez-vous à d'autres troubles qui sont souvent associés ?
- Que faites-vous pour agir sur ces troubles ?
- Quels sont les moyens que pourrait prendre l'administration pénitentiaire pour prévenir ces troubles ?

4^e étape : les troubles sensoriels durant la période post-détention

- Suivez-vous vos patients après la détention ? Si oui, durant combien de temps ?
- Le suivi est-il obligatoire ou volontaire ?
- Y-a-t-il des conséquences de ces troubles à l'extérieur ? Si oui, lesquelles ?
- Combien de temps durent-elles ?
- Aux premiers abords, on pourrait penser qu'à cause des déséquilibres entre la vue et l'ouïe, des vertiges ou pertes d'équilibre peuvent se produire, mais la littérature n'est pas très riche à ce sujet en détention et après cette période. Qu'en pensez-vous ?
- Qu'est-ce qui est mis en place pour aider ces personnes dans les difficultés sensorielles qu'elles éprouvent ?

5^e étape : des choses à ajouter ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé aux participants

1. Je soussigné(e),
(Nom, Prénom).....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepte de participer à l'étude portant sur les troubles sensoriels en prison et leurs conséquences durant la période post-détention.

2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et je sais ce qu'on attend de moi.
3. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. Je sais également que je peux contacter le chercheur pour toute information complémentaire concernant la recherche.
4. Je sais que je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit.
5. J'accepte que l'entretien soit enregistré uniquement à des fins de recherche, mais je sais que je peux demander de l'interrompre à tout moment. Cet enregistrement permettra au chercheur d'être le plus fidèle possible à ce que je dirai.
6. J'ai été informé que l'anonymat est garanti. Les entretiens seront transcrits avec l'aide de pseudonymes. Je sais par ailleurs que les données sont confidentielles.
7. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Nom, prénom et signature du participant

Date