

Continuité des soins en milieu pénitentiaire : exploration du vécu des médecins généralistes de la FWB

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES DU MASTER DE SPÉCIALISATION EN
MÉDECINE GÉNÉRALE

DUSHIME DANIEL

PROMOTRICE : VINCIANE SALIEZ |[Adresse de la société]

REMERCIEMENTS

Merci...

À Yvette, ma maman, dont la dévotion maternelle m'a ouvert tant de portes et à qui reviennent tous mes succès ;

À Eva, Christella et Tim, cette fratrie toujours souriante qui me porte et m'inspire tant de fierté ;

À Jacques, mon défunt père, qui m'a appris à cultiver cette curiosité intellectuelle que je chéris tant ;

À mes tantes, Chantal², si loin mais ayant une place privilégiée dans mon cœur ;

À Samantha, ma compagne, qui m'a accompagné et encouragé tout le long de cette formation ;

À Clémentine et Nicolas, ces piliers infaillibles, cadeaux de la vie ;

À Olivia, mon amie chère, qui m'a tant de fois guidé et soutenu ;

À Alberto et Igor, ces frères choisis ;

À Jean-Baptiste, pour sa présence et son soutien ;

À mes amis, Aydine, Alexis, Antoine, Arnaud, Benoît, Frédéric, Nicolas, Romain, sel de ma vie ;

À mes collègues du WGC De Brug, cette équipe qui m'a tant apporté durant cette année ;

Aux Drs Caroline Fettweiss et Julie Gosuin, dont l'encadrement durant ces 2 dernières années m'a permis d'arriver au bout de cette formation ;

À Vinciane Saliez, ma promotrice, qui m'a lancé et guidé sur la bonne voie ;

À ces rencontres lors de conférences et débat ainsi qu'à l'ITM, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour ;

Aux médecins généralistes ayant participé à cette étude pour leur temps ainsi que ces échanges précieux et enrichissants ;

RÉSUMÉ

Introduction : En Belgique, les soins de santé en milieu carcéral sont au cœur d'une réforme visant à transférer leur gestion du SPF Justice au SPF Santé Publique. Il s'agit là de l'exécution de l'une des recommandations d'organismes nationaux et internationaux à l'encontre de la Belgique visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes détenues en prison. La continuité des soins est un marque de qualité de soins fort impacté par l'incarcération. Dans le cadre de cette étude, nous sommes intéressés au vécu des médecins généralistes travaillant en milieu pénitentiaire par rapport à la continuité des soins.

Méthode : Une étude qualitative a été conduite par entretiens semi-dirigés auprès de huit médecins généralistes travaillant en milieu pénitentiaire sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Résultats : Le médecin généraliste est partagé entre son rôle de soignant et la fonction sécuritaire du milieu pénitentiaire. L'absence d'outil informatique adéquat connecté au réseau eHealth renforce un sentiment d'exclusion du système de soins de santé. Des besoins en moyens humains et financiers se font ressentir. Ils espèrent que la réforme pourra solutionner une partie des défauts de continuité de soins.

Conclusion : Afin d'apporter des solutions à la problématique de la continuité des soins, une approche politique de santé publique évaluant les besoins effectifs de terrains et prenant en compte les nombreuses recommandations de bonne guidance sur la santé pénitentiaire est indispensable.

Mots-clés : médecine générale ; soins de santé ; continuité des soins ; prison ; milieu carcéral

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviations françaises :

CMC	Centre Médico-Chirurgical
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MG	Médecin Généraliste
EBM	Evidence-Based Medicine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OIP	Observatoire International des Prisons
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
TFE	Travail de Fin d'Études
Bf	Chapite IV – formulaire de remboursement de médicaments
DAB	Direction de sécurisation
DG-EPI	Direction générale des Établissements pénitentiaires
SSSP	Service des Soins de Santé en Prisons
SPS	Service psychosocial
ORS	Office de réadaptation sociale
CAAMI	Caisse Auxiliaire Assurance Maladie Invalidité

Abréviations anglaises :

MeSH	Medical Subject Headings
SUMEHR	Summarised Electronic Healthcare Record

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Résumé.....	iii
Liste des abréviations	iv
Table des matières	v
Liste des figures	viii
Liste des tableaux	viii
1. Introduction	1
2. Cadre Conceptuel.....	2
2.1 La continuité des soins	2
3. Cadre Contextuel	2
3.1 Lois et applications.....	2
3.2 Système carcéral belge.....	3
3.2.1 La population carcérale belge	4
3.2.2 Les soins de santé en prison.....	5
3.2.3 Quelques notions préliminaires	6
4. Méthodologie	7
4.1 Recherche bibliographique	7
4.2 Formulation de la question de recherche.....	8
4.3 Méthode d'investigation	8
4.3.1 Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés (20)	8
4.3.2 Échantillonnage.....	8
4.3.3 Déroulement des entretiens	9
4.3.4 Analyse des résultats.....	9
5. Résultats	11
5.1 Description de l'échantillon.....	11
5.2 Analyse des données qualitatives	11
5.3 Tomber sous le charme	12

5.3.1	« Tu n’es pas comme les autres... »	12
5.3.2	« C’est trop mon style ! »	13
5.3.3	Être la perle rare	13
5.3.4	« Tu mérites mieux »	13
5.4	Les premières déceptions	14
5.4.1	Quand la réalité nous rattrape	14
5.4.2	Moi aussi, j’ai mes limites !	17
5.5	Le doute s’immisce	18
5.5.1	Deux poids deux mesures : quand rester objectif relève du défi	18
5.5.2	L’amour rend aveugle	18
5.5.3	Les premiers soupçons	20
5.5.4	« Je ne me reconnais plus »	21
5.6	Rien ne va plus	21
5.6.1	Je t’aime, moi non plus	21
5.6.2	Le manque de communication	23
5.6.3	L’isolement	25
5.6.4	La dépendance	26
5.7	Pour le meilleur et pour le pire	28
5.7.1	Prendre sur soi	28
5.7.2	On lui donne un doigt, il vous prend le bras	29
5.8	Tout le monde a droit à une deuxième chance	30
5.8.1	En vrai, c’est pas si mal que ça	30
5.8.2	Un de perdu, dix de retrouvés	32
5.8.3	Je reste, si...	33
6.	Discussion	34
6.1	Rappel de résultats	34
6.2	Méthode : biais et limites	36
6.3	À propos de nos résultats	38

7. Conclusion 42

8. Bibliographie..... I

9. Annexe 1 : Fiche informative et Formulaire de consentement.....VI

10. Annexe 2 : Guide d’entretiens semi-dirigés I

11. Annexe 3 : Micro-analyse (ancrage) I

 11.1 Micro-analyse sur base d’un passage du troisième entretien I

12. Annexe 4 : Formulation phénoménologiqueII

13. Annexe 5 : Retranscriptions d’un entretien semi-dirigé
.....

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : DG-EPI, rapport annuel 2017	4
Figure 2 : Organigramme du Service des Soins de santé en prison, Rapport du KCE 2017	5
Figure 3 : Nombre de thèmes obtenus au cours des différents entretiens.....	12

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Descripteurs et leurs Medical Subject Headings (MeSH).....	7
Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants.....	11

1. INTRODUCTION

L'État belge essuie régulièrement des condamnations par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour les conditions de détention au sein de ses prisons. (1–3) En effet, beaucoup de critiques sont émises directement à l'encontre des soins de santé en milieu carcéral par d'autres organismes(4,5).

En 2015, le KCE rapportait un coût total des soins de santé en milieu pénitentiaire s'élevant à 43 060 148€ dont 32.6% étaient consacrés à la première ligne. En outre, 77.7% des consultations en prison étaient des consultations de médecine générale (6).

Durant l'année académique 2019-2020, j'ai eu la chance d'occuper les fonctions de médecin pénitentiaire à Saint-Gilles, Forest et Berkendael. Si cette année fût pourvoyeuse d'enrichissements professionnels et personnels, elle suscita en moi d'autant plus de questionnements et réflexions quant à la pratique de la médecine en milieu fermé. Je fus particulièrement interpellé par ce sempiternel sentiment d'insatisfaction vis-à-vis des soins offerts à mes patients. Mes prises en charges me semblaient souvent ajustées au contexte et suboptimales. Mon intervention dans le parcours d'un patient m'avait toujours l'air ponctuelle et la notion de « suivi » me manquait. Ayant l'assurance d'œuvrer au mieux possible lors de chaque consultation, j'imputais la source de ces frustrations à une culture et une organisation carcérales qui ne me convenaient sûrement pas.

Mon intérêt se développa par la suite durant mon assistantat et j'entrepris quelques démarches personnelles. En allant à la rencontre d'autres acteurs en milieu pénitentiaire lors de conférences et débats, je me suis rendu compte que la voix des médecins généralistes y était rarement entendue. Mes anciens collègues étaient d'ailleurs fréquemment tenus pour responsables de plusieurs situations désolantes observées ou vécues par d'autres participants. Quand j'ai enfin osé partager mon expérience lors d'une assemblée, je fus agréablement surpris par la réaction de mes interlocuteurs. Intéressés, ils reconnurent n'avoir que trop peu accès au récit de médecins généralistes travaillant en prison.

Mes recherches personnelles m'ont d'une part permis de prendre un peu de recul et réaliser la complexité des tenants et aboutissants aux lacunes actuelles du système de soins de santé en milieu carcéral. D'autre part, elles ont confirmé ce que mes dernières rencontres m'avaient appris : on ignore ce que c'est de travailler en prison pour un médecin généraliste.

Ainsi, j'ai décidé que mon travail de fin d'études aurait comme objectif d'appréhender de manière descriptive l'expérience des médecins généralistes quant à la continuité des soins en milieu pénitentiaire.

2. CADRE CONCEPTUEL

2.1 La continuité des soins

La continuité des soins est un marqueur qualitatif d'un système de santé. La définition présentée par les autorités sanitaires belges de la continuité des soins est « *la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique, sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs, ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté* ». Celle-ci peut être subdivisée en plusieurs composantes :

La **continuité de l'information** ayant pour but un partage efficace des informations médicales entre les différents professionnels de la santé impliqués dans les soins d'un patient.

La **continuité relationnelle** qui implique le développement et le maintien d'une relation thérapeutique entre un patient et un prestataire de soins.

La **coordination des soins** qui reflète la mise en relation et la coordination des différents dispensateurs de soins partageant un objectif commun pour un patient. (7)

3. CADRE CONTEXTUEL

3.1 Lois et applications

En 2006, le Conseil de l'Europe publiait les Règles Pénitentiaires Européennes, actualisées pour la dernière fois en 2020. L'Ensemble minima des règles des Nations Unies pour le traitement des détenus est paru en 2015. Références internationales, ces documents énoncent plusieurs principes appelant les États à garantir pour les personnes privées de libertés : un accès aux soins et une équivalence des soins, le consentement du patient et la confidentialité des soins, la prévention sanitaire, l'intervention humanitaire, l'indépendance et la compétence professionnelle des soignants. (8,9)

En Belgique, la loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus promulguée en 2005 explicitait l'importance de la continuité des soins dispensés avant son incarcération durant son parcours de détention. Elle stipule également l'exécution de l'examen médical du détenu endéans les 24 heures suivant son admission (10).

En 2016, l'Observatoire International des Prisons jugeait le personnel de soins « *mal formé à la spécificité du métier* » et en « *sous-effectifs chroniques* » en ce qui concerne le Service psychosocial. Il épinglait également un accès restreint aux soins complexes et des délais d'attente « *beaucoup trop importants* ». En 2021, le Centre Européen de Prévention de la Torture soulignait entre autres une présence insuffisante de médecins généralistes et l'absence de soins adaptés à la santé des femmes. (4,5)

3.2 Système carcéral belge

Les prisons belges peuvent être subdivisées comme suit (11): les prisons classiques, les maisons de détentions et les maisons de transition. Les prisons classiques peuvent être déclinées selon leur fonctionnement : prisons fermées (fort strictes en termes de liberté), prisons ouvertes (plus libres) et, depuis peu, le village pénitentiaire de Haren (fonctionnement mixte, principalement ouvert). Mais nous pouvons aussi les distinguer en maisons d'arrêt (abritant les prévenus en attente de leur condamnation) et maisons de peine (abritant les condamnés). Un même établissement pénitentiaire peut servir à la fois de maison de peine et de maison d'arrêt. Les internés, condamnés atteints de troubles psychiatriques, sont incarcérés au sein des établissements de défense sociale ou en centre de psychiatrie légale¹. Au cours de notre étude, nous n'avons rencontré que des médecins généralistes travaillant en maison d'arrêt ou de peine dans des prisons classiques.

¹ Certaines prisons classiques comprennent également des sections destinées au séjour de patients souffrant de troubles psychiatriques

3.2.1 La population carcérale belge

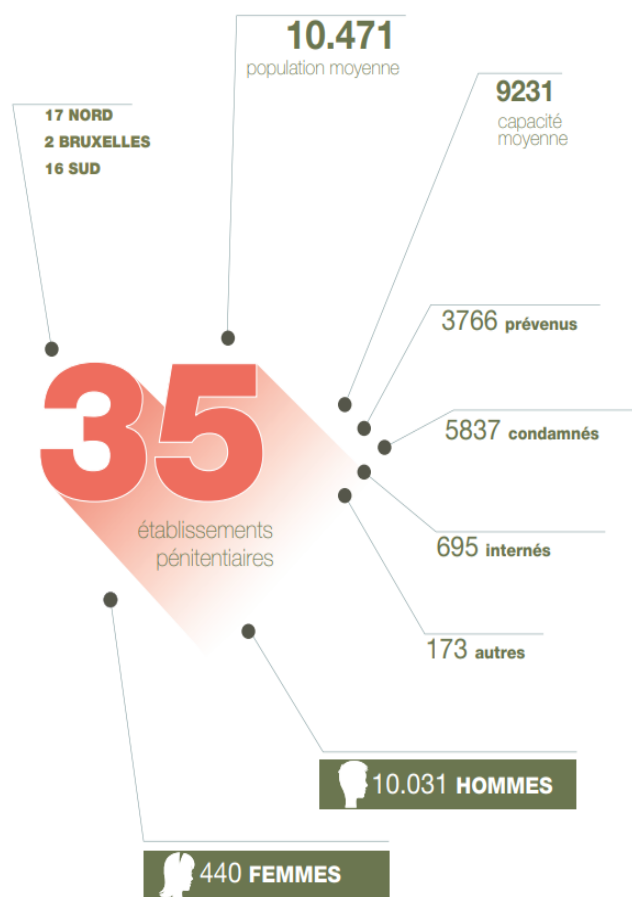


Figure 1 DG-EPI ; rapport annuel 2017

Les chiffres provenant du rapport du KCE (6) sur les soins de santé en prison nous apprennent qu'en 2015, la majorité (95%) des détenus étaient des hommes dont l'âge médian était de 40 ans. Parmi eux, 58.5% étaient condamnés, 31.7% étaient en détention préventive et 8.2% étaient internés.

Il s'agissait également d'une population rassemblant plusieurs nationalités. En effet, 44.4% d'entre eux étaient de nationalité étrangère et 10% d'entre eux ne parlaient ni français, néerlandais, anglais, allemand ou espagnol.

Afin de se représenter le turnover de détenus, il peut être intéressant de noter que 26 511 personnes ont dormi 1 nuit en prison durant l'année 2015 et qu'il y a eu 14 435 nouveaux détenus pour 13 458 sorties.

La population moyenne étant supérieure à la capacité moyenne des établissements pénitentiaires, ces derniers chiffres expliquent également la persistance de la surpopulation carcérale belge.

L'OMS décrit les individus privés de liberté comme généralement issus de groupes sociaux précarisés et plus vulnérables en termes de santé. De nombreuses études déplorent un risque accru de maladies mentales, de toxico-dépendance et de maladies infectieuses(12–14). En 2017, l'analyse des données du programme médical informatique Epicure corroborait cela : les détenus se sont vu prescrire des médicaments dans des proportions bien plus importantes que celle de la population générale.

3.2.2 Les soins de santé en prison

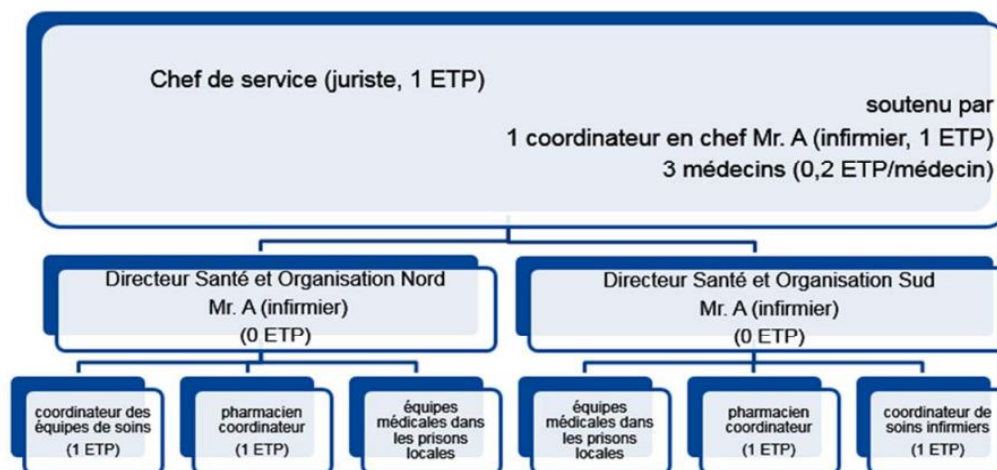


Figure 2 Organigramme du Service des soins de santé en prison, Rapport du KCE 2017

La coordination et la surveillance des soins de santé en milieu carcéral belge est assurée par une équipe composée de 5 collaborateurs. Ceux-ci tentent de visiter annuellement chaque établissement pénitentiaire. Les soins médicaux sont, pour une vaste majorité, dispensés par les médecins généralistes. Les psychiatres sont les médecins spécialistes les plus sollicités. Cependant, le KCE relevait une « *quasi-absence de contacts* » avec un psychiatre dans certaines prisons.

Le SSSP a été fondé par la DG-EPI. En effet, la gestion des soins de santé pénitentiaire relève à ce jour toujours du Ministère de la Justice. Le transfert de compétences au Ministère de la Santé est discuté depuis le début du siècle présent. (15) Ceci soulève deux questions importantes. Le financement des soins de santé pénitentiaires peut-il être adéquat tout en étant issu du budget du SPF Justice ? Et comment préserver l'indépendance du personnel soignant lorsque celui est assujéti à des autorités dont la mission première relève de la sécurité ? Cette situation semble (enfin) progresser étant donné que depuis le 1^{er} janvier 2023, les soins dispensés aux détenus en dehors des établissements sont remboursés par l'INAMI. (16) En 2013, l'OMS recommandait l'intégration du système de soins pénitentiaires au sein du système de santé national. Cela est déjà appliqué dans plusieurs pays européens. (15,17)

Afin de saisir les enjeux du contexte actuel, revenons sur quelques problèmes liés aux soins de santé répertoriés par le KCE en 2017. Les experts déploraient une absence de système de garde uniforme, de guidelines thérapeutiques ou encore de contrôle qualité des soins. L'examen médical à

l'entrée et le dépistage de maladies infectieuses faisaient également défaut. Le recours à la 2^{ème} ligne était rendu compliqué par les soucis organisationnels de transport. La distribution des médicaments peu rigoureuse et les urgences psychiatriques parfois gérées par les agents pénitentiaires étaient également pointées du doigt. En outre, les traitements du patient libéré n'étaient plus suivis après sa détention, ce qui favorise une rupture de soins.

Pour terminer, le secret médical est malmené dans plusieurs prisons par l'usage du « billet de rapport » remis à l'agent pénitentiaire qui le transmettra subséquemment au service médical. Le motif de la consultation - non exigé mais permettant potentiellement d'être vu plus rapidement – figure parfois sur ce papier. Outre l'atteinte à la confidentialité, nous supputons que cela puisse avoir un effet dissuasif dans le cadre de certaines problématiques de santé et donc induire un certain délai de soins.

3.2.3 Quelques notions préliminaires

Afin de faciliter la lecture de nos résultats, nous avons explicité ici quelques notions de fonctionnement et procédures. Premièrement, la demande de rendez-vous médical doit être adressée par le détenu sous forme papier sur un billet de rapport. Les billets de rapports sont collectés par les gardiens et transmis ensuite au service compétent. En effet, il figure plusieurs options de destinataires (service médical, direction et administration, service psychologique, dentiste...) sur ce document.

Les sorties hors de la prison sont distinguées en transferts et extractions. Les transferts sont des déplacements entre prison pour, par exemple, réaliser une radiographie ou voir un dentiste si ceci n'est pas réalisable là où le détenu réside. Les extractions sont les déplacements dont la destination n'est pas un établissement pénitentiaire. Par exemple, un hôpital. Ces transports sont assurés par la DAB, service d'accompagnement et sécurité du corps de Police.

En termes d'offre de soins de santé, outre les locaux des équipes médicales locales, il existe trois centres de références où des consultations spécialisées ou encore des examens complémentaires peuvent être réalisés : le CMC de St-Gilles, la Polyclinique de Lantin et le Centre médical du complexe pénitentiaire de Bruges. Si les soins nécessaires ne sont pas disponibles dans l'un de ces centres, le détenu se voit pris en charge par un hôpital local.

Enfin, il peut être demandé aux médecins généralistes de déterminer si l'état de santé d'un détenu permet l'application d'une sanction disciplinaire : la mise à l'isolement (ou parfois appelé cachot ou cellule disciplinaire).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est déroulée de manière intermittente de novembre 2021 à juillet 2023. Elle s'est d'abord intéressée à la continuité des soins en milieu carcéral. Les ressources alors principalement parcourues furent les bases de données PubMed, Embase et Tripdatabase. Cette recherche s'est limitée aux littératures anglophone et francophone publiées à partir de l'an 2000. Elle portait à la fois sur les documents de recherche primaire et secondaire disponibles en *full text*. Les documents n'abordant pas les concepts d'offre de soins, de qualité de soins ou continuité des soins furent exclus. La sélection des articles fut établie sur base de leurs titre et abstract. Les principaux descripteurs utilisés pour cette recherche de littérature sont repris dans le tableau 1.

Par la suite, notre recherche s'est orientée sur le contexte de soins en milieu carcéral belge. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à la littérature grise ; notamment au rapport du KCE sur les soins de santé dans les prisons belge ainsi que quelques données fournies dans les rapports et présentations de l'asbl i.Care.

Tableau 1 : Descripteurs et leurs *Medical Subject Headings* (MeSH)

Descripteurs/Mots-clés	Termes MeSH
Médecin généraliste	General practionner/General practice physician/General practice
Milieu carcéral	Prison/Correctionnal Facility/Correction Institution/Penal Institution
Continuité des soins	Care continuity/Continuum of care/Patient care continuity/Care continuum/Continuity of patient care
Prise en charge	Care management/Patient care management

Les MeSH ont été élaborés via la recherche de descripteurs sur les sites MeSH de l'Inserm (18) et HeTOP(19).

4.2 Formulation de la question de recherche

La première question de recherche fut formulé comme suit : « Quel est le vécu des médecins généralistes travaillant en milieu pénitentiaire en Belgique francophone face aux obstacles à la continuité des soins ». Cependant, après avoir exploré la littérature et consulté l'avis de ma promotrice ainsi que celui du Dr de Rouffignac, il apparut que l'usage du terme « obstacle » traduisait une prise de position non fondée sur les données récoltées dans la littérature mais plutôt sur mon expérience personnelle.

Ainsi, la formulation « Continuité des soins en milieu pénitentiaire : exploration du vécu des médecins généraliste en Belgique francophone » fut retenue comme formulation définitive de question de recherche. En effet, celle-ci nous inscrit dans une démarche scientifique d'autant plus objective.

4.3 Méthode d'investigation

4.3.1 Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés (20)

Notre objectif de recherche étant d'explorer le vécu de médecins généralistes, le choix d'une **étude qualitative** fût rapidement posé. Nous avons jugé que celle-ci permettait d'aborder leur expérience tant sur les plans de la pratique médicale que de l'organisation et la continuité des soins en milieu carcéral. Ensuite, nous avons opté pour la réalisation **d'entretiens semi-dirigés** pour des raisons principalement géographiques et temporelles. En effet, les participants à notre étude travaillant sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles et ayant généralement une activité professionnelle chargée, ces entretiens nous ont semblé être le moyen de collecte de données le plus réalisable et efficient possible.

4.3.2 Échantillonnage

La constitution de l'échantillon fut initialement basée sur notre réseau de connaissance et dans un second temps sur celui des participants à l'étude. Le recrutement fut donc un processus continu de février 2023 à juillet 2023. Afin d'être inclus, un médecin généraliste travaillant en milieu pénitentiaire au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles devait avoir exercé au moins 1 an dans un établissement carcéral durant les 15 dernières années afin d'être en prise avec la réalité actuelle du terrain.

Au sein de notre échantillon, nous avons tenté d'obtenir une diversité d'ancienneté et de genre ainsi que de localisation et type d'institution carcérale.

4.3.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens furent programmés après un premier contact téléphonique ou via e-mail. Les entretiens se sont déroulés en présentiel ou par visioconférence à la meilleure convenance des participants. Après délivrance d'un formulaire de consentement éclairé (Annexe 1), chaque entrevue comprenait une brève présentation des interlocuteurs, une explication sur les motivations et la nature de l'étude, une information sur l'enregistrement et l'anonymisation des données ainsi qu'un rappel sur le concept de la continuité des soins. Un guide d'entretiens semi-dirigés élaboré par nos soins servit d'appui durant chaque rencontre (Annexe 2).

Les différents temps d'incarcération d'un patient furent utilisés afin de structurer le guide d'entretien. Dans un souci de profondeur de recherche, cette approche « chronologique » avait pour avantage d'explorer les différents aspects de la continuité des soins en milieu carcéral avec les participants. Bien qu'aucune modification n'ait été faite au guide d'entretien, une adaptation progressive des questions et sujets de discussion eût volontairement lieu afin de laisser davantage d'espace à l'expression libre du vécu des participants.

La retranscription complète des entretiens semi-dirigés fût réalisée via l'outil « Transcrire » sur Word. Nous avons ensuite réécouté chaque enregistrement pour correction afin d'obtenir un compte-rendu exact de nos entrevues. Enfin, nous avons anonymisé chaque document via un code chiffré puis supprimé les différents enregistrements audios.

4.3.4 Analyse des résultats

Parmi les différentes méthodes qualitative d'analyse de résultats, nous nous sommes intéressés à l'analyse par théorisation ancrée (21). Après un ancrage dans les résultats, cette analyse propose une première étape de conceptualisation qui consiste en l'établissement de thèmes ultérieurement rassemblés par catégories conceptualisantes. La suite de l'analyse se poursuit par un processus de théorisation. Dans le cadre de ce TFE, nous n'avons cependant pas retenu cette étape. Pour la suite de ce travail, nous nommerons donc notre méthode d'analyse : « analyse par catégories conceptualisantes » (20). Afin d'appréhender notre question de recherche, cette approche analytique nous permet d'accéder à une compréhension nouvelle des phénomènes en jeu qui est ancrée dans le discours des participants. Nous en explicitons les étapes ci-après.

Afin de s'ancrer dans nos données, nous avons donc décidé de nous soumettre aux exercices de micro-analyse selon C. Lejeune (22) et de reformulation phénoménologique comme décrit dans l'ouvrage de Paillé et Mucchielli (21). Dans un second temps, nous avons prévus de procéder à une analyse thématique suivi d'une analyse par catégories conceptualisantes avec pour objectif final de les organiser de la manière la plus adéquate possible pour notre présentation.

5. RÉSULTATS

5.1 Description de l'échantillon

8 médecins généralistes exerçant en milieu carcéral ont été interrogés d'avril à juillet 2023. 4 entretiens ont été réalisés en présentiel, 4 autres par visioconférence. La durée moyenne de ceux-ci étaient de 52 minutes. L'entretien le plus court s'est achevé en 22 minutes contre 1 heure et 23 minutes pour le plus long. Nous avons rassemblé les caractéristiques relevées des participants dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

Sexe	F	1
	M	7
Âge	Min	28
	Médian	42.5
	Max	60
Type d'établissement	Maison d'arrêt	2
	Maison de peine	2
	Mixte	4
Expérience (années)	<5	2
	5-10	1
	>10	5
Lieux	Haren, Jamioulx, Namur, Lantin, Haren, Saint-Gilles	

5.2 Analyse des données qualitatives

Avant d'amorcer l'analyse par catégories conceptualisantes, nous avons d'abord procédé à une lecture itérative des transcrits de nos huit entretiens. Au terme de ces relectures, nous avons effectué la micro-analyse d'un passage du troisième entretien (Annexe 3) et rédigé deux récits phénoménologiques (Annexe 4) sur base du deuxième et du troisième entretiens. Une fois ces exercices d'ancrage réalisés, nous nous sommes engagés dans l'analyse par thèmes puis par catégories conceptualisantes. Les 790 thèmes ont été rassemblés sous 19 catégories conceptualisantes. Finalement, nous avons présenté nos résultats selon une organisation thématique afin de faire ressortir au mieux les idées se dégageant du discours de nos participants.

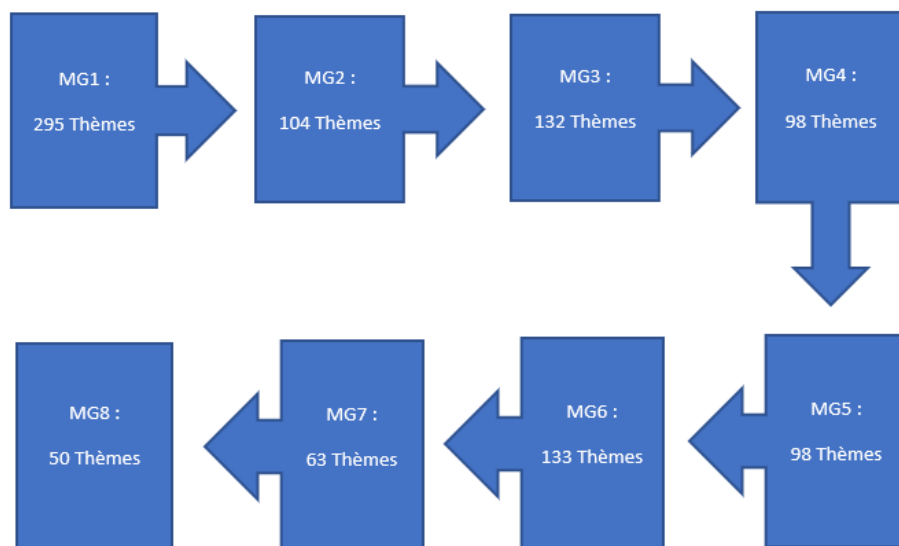


Figure 3 : Nombre de thèmes obtenus au cours des différents entretiens

Lors de l'analyse des résultats, nous nous sommes rendu compte qu'interroger les médecins généralistes sur l'aspect de la continuité des soins en milieu pénitentiaire a suscité l'expression de réactions et réflexions très personnelles et empreintes d'émotions. S'est alors dessiné le récit d'une relation complexe et parfois conflictuelle entre le médecin généraliste et le système de soins de santé pénitentiaire. C'est donc à travers le prisme de certaines étapes et caractéristiques d'une relation amoureuse communément appelée « relation toxique/abusive » que nous avons décidé de présenter nos résultats.

5.3 Tomber sous le charme

La continuité des soins ne peut évidemment pas être assurée sans dispensateurs de soins. Les MG ont exprimé des motivations diverses à pratiquer au sein du système pénitentiaire.

5.3.1 « Tu n'es pas comme les autres... »

Plusieurs participants ont mentionné la diversité de la pratique, tant en termes de pathologies que de profils de patients, comme source de motivation.

MG2 : En premier, je dis, ce genre de "beaux cas", des cas médicaux, des cas chirurgicaux. Malheureusement pour les patients, oui, qui arrivent parfois avec des formes évoluées, avec des choses qui n'ont pas été suivies, qui n'ont pas été traitées. Et donc on voit des choses qu'on ne voit pas [ailleurs].

MG7 : Je trouve que la population carcérale, c'est une population qui est assez malade. Il y a une surreprésentation de tas de pathologies, que ça soit des pathologies organiques, que ça soit des pathologies mentales. Il y a vraiment beaucoup de diversité et comme je disais une surreprésentation. Donc il y a vraiment du travail pour les médecins.

5.3.2 « C'est trop mon style ! »

L'attrait pour des problématiques de santé sur-représentées en prison a également été souligné.

MG3 : Ah non, ce qui me satisfait c'est finalement aussi de pouvoir simplement faire des choses que j'aime bien. C'est à dire que moi j'ai le tropisme pour la psychiatrie, pour la problématique de dépendance, pour ce genre de choses.

5.3.3 Être la perle rare

Considérer la qualité de son travail comme une plus-value singulière encourageait également certains MG interrogés à s'investir dans ce système de soins.

MG1 : (...) on se sent utile quand on fait une consultation bien. (...) Je n'aurais pas la même motivation si je pensais que tous les médecins étaient en nombre suffisant et faisaient tous des excellentes consultations. (...) Mais là quand je sais que ce n'est pas acquis qu'une consultation chez un médecin généraliste en prison va être de bonne qualité, je suis content quand j'ai la possibilité de le faire. Ça, c'est une chose disons l'aspect « utilité ».

MG3 : ...là [en milieu carcéral] j'ai l'impression d'être à l'aise et j'ai l'impression d'apporter quelque chose quoi.

5.3.4 « Tu mérites mieux »

D'autres participants ont cité des objectifs rattachés à des valeurs humaines ou sociales comme moteur de leur investissement.

MG6 : Parce que le médecin que j'avais remplacé c'était à-peu-près des fonctionnaires : ça durait 20 minutes pour 20 patients. Quand on est arrivé, (...) c'était la satisfaction de pouvoir ramener quelque chose qu'on avait l'impression de meilleur. (...) et de pouvoir amener tout ce qu'on avait à l'extérieur (...) à l'intérieur.

MG4 : Je le fais parce que je pense que soigner les personnes en milieu pénitentiaire permet une meilleure réinsertion.

MG7 : Moi, c'est un peu mon objectif aussi, c'est d'essayer d'amener un peu d'humanité dans un milieu qui est quand même très hostile quoi. (...) La prison, ça ne rend pas un humain meilleur. (...) Donc c'est compliqué de ressortir de là guéri ou meilleur. (...) Je vais avoir un regard neutre et j'essaye d'amener aussi un peu d'humanité, de la gentillesse aussi et d'essayer de leur montrer qu'eux aussi peuvent être des bons gars. Et je me dis si ça peut préparer aussi quelque chose pour chez eux, pour leur sortie, eh ben j'aurai amené une petite chose de positive dans leur vie.

5.4 Les premières déceptions

5.4.1 Quand la réalité nous rattrape

En s'engageant dans une équipe médicale carcérale, nos MG ont progressivement réalisé l'impact de **l'environnement** et du **fonctionnement pénitentiaire** sur leur pratique. Cette confrontation engendre une série de réactions et émotions que nous reprenons dans ce volet. Nous trouvons cette première citation représentative du ressenti global de nos participants :

MG8 : *La prise en charge est tellement combugée par les limites du système que cela me rend plus nerveux. (...) C'est l'infrastructure, c'est l'informatique, les temps d'attente.*

Abordons d'abord **l'insatisfaction** exprimée par nos participants à plusieurs égards. Commençons par ce commentaire au sujet d'Epicure :

MG4 : *Le programme médical ? C'est Epicure hein, ça n'existe plus. (rires) (...) On n'a aucun accès au réseau santé wallon (...) On doit chaque fois demander à l'hôpital de scanner tous les rapports, etc. C'est une catastrophe. (...) Ici sur un programme médical actuel, on clique, on a directement : les antécédents, le traitement du patient qui est mis directement sur le côté. Ça on n'a pas sur Epicure. Et pareil si on veut voir la liste des anciens traitements ou des allergies, on doit requitter la page que vous ne pouvez même pas enregistrer ! (...) Si vous faites une faute, vous ne pouvez pas retourner sur la consultation. Vous devez supprimer la consultation ET la refaire! Ah oui non, c'est vraiment un casse-tête. Donc par exemple, des fois je suis encore sur le dossier de l'ancien détenu mais je n'ai pas quitté donc je mets une consultation. Je me dis « ah mince, je me suis trompé ! », et là on ne peut même pas les supprimer. On doit marquer "Erratum - ne pas considérer la consultation d'avant". On ne sait même pas supprimer la consultation d'avant, on ne sait même pas la changer...*

MG2 : *Et donc les phases d'encodage sont extrêmement lentes et constituent donc un frein à l'efficacité de tous (...) Ça peut prendre 3 à 4 fois plus de temps d'attendre que les consults s'ouvrent et que les pages s'ouvrent et d'enchaîner dans les pages d'encodage... (...) Regardez le temps perdu ! (Soupire)*

Ce MG déplorait l'inefficacité de prises en charges et l'absence de cohérence de soins pour un même patient.

MG1 : *Parce que parfois ils ont 10 consults sur le trimestre (...) mais c'est 10 médecins différents qui ont à peine accès aux informations de la consultation d'avant. Donc qui sont en fait dans une espèce d'errance médicale : les diagnostics tournent en rond, les traitements tournent en rond...*

A propos des consultations transferts pour consultations spécialisées ou examens complémentaires, il nous a été rapporté ce qui suit.

MG1 : *On remet cette lettre, mais les rendez-vous sont (...) en tout cas, ils attendent des semaines et des semaines et probablement des mois, le plus souvent, pour qu'il y ait un petit wagon de personnes qui partent pour passer une après-midi à Saint-Gilles où ils sont vus à la chaîne par le dentiste. (...) Et donc voilà, c'est très lent.*

Les conditions ne s'avèrent pas toujours propices à l'exercice de la médecine générale en bonne et due forme.

MG 1 : *Donc on a été le voir et en fait, c'est avec l'infirmière que la visite au cachot se passe. Et donc c'était, de façon assez administrative, dire qu'il a été vu par un médecin même si on ne peut pas faire grand-chose parce que y a pas l'espace pour une consultation psychologique on va dire. Et de toute façon, il y avait la barrière linguistique et 4 agents derrière et l'infirmière. Donc ça ne s'y prêtait pas du tout.*

Ce MG dénonçait ici l'exclusion du système d'assurance-maladie du patient une fois écroué.

MG6 : *Parce que si un patient, par exemple, entre avec du Xarelto et il a une autorisation BF pour ça. (...) pour le moment, s'il entre, on ne sait pas où en est son autorisation. Quand il sort, tout le monde s'en fout parce que tout le monde a oublié. Et donc il arrive dehors, il n'a pas son Xarelto. Il faut qu'il trouve un médecin qui ait accès à ses antécédents rapidement pour pouvoir rédiger le papier pour ensuite l'envoyer à la mutuelle qui va ensuite accepter. Il s'est écoulé un mois comme rien et donc il n'y a pas de continuité des soins là-dedans. Or avec le Xarelto, ce n'est quand même pas de la rigolade donc voilà quoi.*

Les MG se sentaient parfois **empêchés** dans leur activité par des facteurs indépendants de leur volonté.

MG4 : *Les horaires de préau ; donc parfois pendant 20 minutes (donc déjà des consultations bien chargées où on doit aller vite), on n'a personne parce que c'est préau et toute la prison est fermée et bloquée.*

MG2 : *Et si les gars refusent le CMC, ça ne leur donne pas accès à aller faire un examen en [hôpital] local. Alors après, ça devient tout un bazar pour assurer les soins du gars, quoi...*

MG2 : *Sinon oui à ce niveau-là, oui, la mauvaise connaissance des patients... On a une partie significative des patients qui ne connaissent pas très bien leur cas.*

Ils témoignaient parfois d'une certaine **frustration**.

MG1 : *Mais quand on voit que, en fait, il a déjà consulté pour cette chose-là 3-4 fois, que l'on a fait une prise de sang il y a 3 mois, mais que pour trouver des résultats, faut fouiller une armoire impossible et que de toute façon c'est un résultat qui date et que rien n'a été fait par rapport à cette prise de sang et qu'on va encore repartir de 0 à chaque fois parce que ça n'a pas été fait avant ça : c'est frustrant.*

MG6 : *Donc ça veut dire qu'on demande une consultation dermato. (...) il doit être transféré avec le DAB qui, s'il est 15h30, bah ils ne le prendront pas parce que c'est trop tard. (...) Le patient est annulé au dernier moment. (...) c'est toujours très compliqué pour le secrétariat de rendre des comptes en disant que le patient n'a pas su venir parce qu'on n'a pas su organiser son déplacement. (...)*

MG4 : *Et la 2e frustration, (...) on est vraiment très limité dans le choix de nos médicaments puisqu'on ne peut pas avoir accès à tous les médicaments. (...) Donc ça, c'est compliqué de ce côté-là.*

Cette frustration laissait place à de **l'indignation** dans certains cas de figure.

MG3 : *[Au sujet de la dentiste de la prison :] Mais je crois qu'il y a des raisons aussi qui font qu'elle, finalement, elle vient moins souvent... Mais qu'on la mette dehors quoi alors dans ce cas-là aussi !*

MG2 : *Oui ! Leur programme-là ? Honteux ! Honte sans nom, Epicure, honte sans nom ! Ils le savent depuis des années, c'est au préjudice ça (...) C'est une honte absolue. (...) Mais oui, clairement, l'informatique est un scandale.*

Parfois, nos MG adoptaient une posture de **résignation** allant parfois jusqu'à **l'abandon**.

MG1 : *[sur l'encodage] Oui, ça crée une spirale négative parce que l'information n'est pas utilisable de façon claire, n'est pas trouvable de façon claire. Et donc au fond pourquoi on l'inscrirait nous ? Et en fait, si on est un peu dans une spirale fainéante aussi, bah au fond pourquoi on le demande si de toute façon même nous on aura du mal à ravoir accès ?*

MG3 : *Si effectivement j'avais voulu plus, si j'avais l'énergie de plus à un moment de vie ou autre chose ; ben j'aurais été chef de service ou j'aurais mobilisé autrement les choses de façon plus générale, systémique etc.*

Un médecin admettra qu'Epicure peut en avoir découragé certains à poursuivre leur travail en prison.

MG6 : *(...) il faut réécrire un programme utilisable et compatible avec les programmes de médecine générale de l'extérieur. Ce qui n'est absolument pas le cas pour le moment et, je pense, qui a joué pour certaines personnes qui ont démissionné parce que c'était trop lourd, etc. Je veux bien le croire.*

Notons également une **dévalorisation**, perçue ou exprimée, de leur travail.

MG3 : *Mais je veux dire même une petite note sur le réseau santé ou autre chose, ça pourrait être quelque chose quoi. (...) Ça passe aussi par-là finalement. Exister en tant que service de prison, en tant que service carcéral, c'est... OK c'est gérer, pallier... mais parfois on fait beaucoup plus. Et probablement aussi que ça ne valorise pas tout ce qui est fait.*

MG1 : *Mais en toute franchise, le niveau médical des consultations en prison étant assez bas (...) Moi, ma perception c'est que les médecins qui travaillent beaucoup en prison ou depuis longtemps (...), ils sont mauvais.*

5.4.2 Moi aussi, j'ai mes limites !

Les MG reconnaissent également plusieurs défauts relatifs à l'équipe de soins. Notamment au niveau de l'accès à une consultation de médecine générale.

MG7 : *(...) j'ai déjà entendu des détenus dire qu'ils avaient fait x rapports qui n'avaient pas encore été vus. Après, parfois ce n'est pas parce qu'on ne voulait pas les voir, mais c'est parce qu'il n'y avait pas de place à la consultation les jours précédents. Et parfois on se dit "bah oui c'est dommage". Peut-être qu'il aurait pu être vu un peu plus tôt.*

La disponibilité du médecin et sa flexibilité horaire influencent aussi le déroulement des consultations et soins. La gestion du temps revenait fréquemment dans leurs témoignages.

MG1 : *Donc si moi, un jour, je dis : « Écoutez, aujourd'hui, je dois partir à 12h00 donc n'inscrivez pas trop de gens », ben ils vont pas inscrire trop de gens et voilà. Mais je ne dois pas les prévenir avant. Donc ça s'improvise un peu et donc parfois il y a des aspects imprévus. (...) Il n'y a pas d'heures précises. J'arrive quand je veux, on commence à appeler la liste. Est-ce qu'on va devoir la limiter ou pas ? On ne sait pas encore. On fera en fonction de comment ça avance. Mais ce n'est pas un planning comme les consultations sur rendez-vous.*

MG7 : *(...) par rapport à la gestion du temps parce que souvent on a des listes avec un nombre excessif par rapport au temps qu'on va passer sur place. Et donc il faut trouver le bon équilibre.*

Un médecin regrettait également la difficulté à reprogrammer un rendez-vous par le MG.

MG7 : *Après on n'a pas toujours - ça c'est peut-être un petit manque - un système facile pour reprogrammer les patients nous-mêmes. Et donc je vais faire comme avec mes patients à l'extérieur et dire « monsieur, ce serait bien de prévoir une prise de sang dans un mois. Et dans un mois, refaites un petit rapport, on se reverra en consultation ». Et après ça, (...) Si un mois après, il ne refait pas de rapport, c'est un patient qui risque de partir dans les oubliettes.*

Les soins dentaires ont fort été visés comme maillon faible de la chaîne de soins.

MG 7 : *On voit qu'on a des délais vraiment exagérément longs. Il y a eu le cas maintenant dans la nouvelle prison de Haren avec les soins dentaires. Il n'y avait pas encore de dentiste, c'était très compliqué.*

Les soins kinésithérapeutiques manquent parfois également à l'appel.

MG1 : *La prescription de kiné atterrit chez le kiné qui s'arrange lui-même dans son planning pour caser les gens. Et je pense que là il y a des gros embouteillages de demandes.*

MG4 : *Et pour le kiné je crois que c'est 3 fois par semaine, mais là il y a des délais de 2 mois. Les douleurs de dos, déjà rien que pour les matelas qu'on a à la prison, c'est compliqué.*

5.5 Le doute s'immisce

Au travers des différents entretiens, une impression d'incertitude dont l'ampleur dépasse celle à laquelle tout MG est habitué s'est dégagée. Qu'il s'agisse de doutes, d'inconnues ou de suspicion, cette ambiance incertaine est prégnante dans leur discours.

5.5.1 Deux poids deux mesures : quand rester objectif relève du défi

Les MG ont regretté une **dimension subjective** importante dans certains processus de prise de décisions.

MG3 : *Mais non, tout est plus compliqué. Parce que finalement, entre le souhait de voir quelqu'un qui transmet l'information qui doit passer entre le bon vouloir de - parce qu'on est, on est là-dedans malheureusement : souvent le bon vouloir de et la perception de... On est dans un milieu hautement subjectif et émotionnel. Où l'expérimentation et les perceptions sont toujours tronquées, soit pour nous, pour les gardiens, pour les détenus aussi. Ce qui fait que tout le temps, on doit être dans une forme d'objectivation (...) Ce qui fait qu'il y a des passe-droits, des choses qui se passent mieux pour certains que d'autres etc. Et c'est ça qui est compliqué parce que si on veut avoir une approche un peu universelle accessible, voilà...*

MG1 : *Oui, oui, il y en a qui sont reportés d'un jour ou de plusieurs jours, ça arrive souvent. (...) Il y a juste parfois, probablement le fait que cette priorisation n'est pas forcément toujours impartiale, objective, justifiée.*

5.5.2 L'amour rend aveugle

Selon nos participants, tant le patient que le MG doit composer avec **l'inconnu**. La détention du patient est ponctuée de moments où il est dans l'incapacité d'obtenir des réponses. Au sujet de la consultation d'entrée, ce médecin nous disait :

MG1 : *Ils ne sont pas encore condamnés donc ils entrent avec une énorme incertitude sur ce qui va leur arriver. (...) Et ils arrivent et eux en général ne savent pas trop pourquoi ils ont cette consultation.*

Ce MG nous a raconté comment son patient est resté dans **l'expectative** de sa radiographie prescrite d'urgence, ne sachant pas quand elle était prévue.

MG7 : *Moi je ne viens qu'une fois par semaine. Mais il pensait que ce serait d'un jour à l'autre et donc le mercredi, il se disait demain ou après-demain je vais faire ma radio. Il a un peu mordu sur sa chique et puis ben, (...) c'est le week-end. (...) Puis c'est lundi, et alors (...) il s'est dit « Bah là, je vais quand même réclamer. »*

Certaines informations du dossier médical sont parfois rendues inaccessibles au patient. Un MG nous a laissé comprendre que cela posait parfois problème.

MG1 : *Et alors il y a l'espèce de règle officieuse qu'un médecin doit quand même relire cela, stiffer ce qu'on estime ne pas devoir être accessible aux patients et le signer.*

MG3 : *Donc ça, légalement, ils peuvent imprimer leur dossier. Donc on peut sortir tout le dossier et... Oui ça il y a moyen. Et alors ça reste souvent compliqué parce que... Cette semaine-ci le psychiatre a sorti un dossier. Et c'était un parano quoi. Du coup il manquait des pages... Et ça reste très compliqué.*

Les médecins vivent également avec leur lot d'incertitudes, principalement au sujet du déroulement de certaines procédures ou sur la fonction de certains collaborateurs.

Parfois, les raisons de sécurité justifient le secret. Ici, ce MG nous disait ne pas connaître les dates de transferts ou extractions (et donc de rendez-vous) de ses patients.

MG1 : *Maintenant, effectivement, ils sont dans l'inconnu. Et encore pire que ça : le médecin généraliste est dans l'inconnu aussi. (...) La date n'est pas communiquée aux patients (...) et en tout cas pas au médecin*

. Par rapport à la sortie de son patient aussi, le médecin peut être dans le flou.

MG4 : *En plus, on dans une prison d'arrêt, donc parfois y en a qui rentrent le matin et qui ressortent le lendemain. Je pense qu'on demande s'ils en [dossier médical et traitement de sortie] ont besoin. (...). Ça va être l'équipe d'infirmiers ou le secrétariat, mais je ne sais pas répondre (...). Si par exemple ils sont pris en charge dans un centre ou en psychiatrie ou des choses comme ça. Je suppose qu'en tout cas, s'il y a une prise en charge psychiatrique... (...) A priori à part ça, je n'ai pas de suivi.*

En termes de collaboration, quelques zones d'ombre ont été relevées par ce médecin :

MG1 : *Oui, ils peuvent remettre un papier pour voir des psychologues. Mais je ne sais pas si c'est des psychologues de la prison ou des psychologues des ASBL qui interviennent en prison. Et je sais pas si les 2 cohabitent. De nouveau quand je dis qu'on n'est pas briefé sur ce qui existe... typiquement voilà : je ne sais pas pour ça malgré que je travaille là depuis un moment.*

5.5.3 Les premiers soupçons

Le manque d'objectivité et de transparence menait subséquentement à la **méfiance** pour nos participants. Certains ont témoigné une certaine circonspection allant parfois jusqu'à la défiance au sein des interactions entre différentes parties.

MG3 : [à propos de l'intérêt de la 1^{ère} consultation] *C'est très compliqué finalement, hein. Parce que chez certains patients... entre ce qu'on ressent, entre ce qui est la réalité, entre ce qu'on projette, ce que ce que le médecin perçoit enfin, ça fait beaucoup de choses soit pour se gourrer soit (...) Donc nous, on s'en sert pas mal moi, je trouve.*

Pour ce MG, cela peut être lié à une toxico-dépendance.

MG4 : *Alors les frustrations sont liées plutôt au fait qu'il faut parfois faire la part de la vérité et du mensonge chez les détenus, c'est assez compliqué. Notamment dans tout ce qui est toxicomanie et addiction aux médicaments.*

Pour celui-ci, l'accès limité à l'information conduit à des situations propices au doute.

MG5 : *Les patients ne sont pas eHealth documentés. (...) Et ça c'est un problème. Il y a un déficit d'information quand le patient entre. (...) Il y a des patients corrects, mais il y a aussi parmi ces patients quand même des patients manipulateurs du système, qui abusent du système. Donc c'est tout ça qu'il faut gérer, c'est ça qui rend la difficulté.*

Ce médecin citait également les procédures judiciaires comme motivation aux mensonges des patients.

MG5 : *Le premier frein c'est que le patient voit le médecin comme faisant partie de la justice, donc il y a de la méfiance. (...) Je me rappelle un cas qui me disait "Oui, je suis diabétique, je prends de l'insuline, je ne peux pas rester en prison parce que je suis toujours en hypo." Voilà quand il dit ça chez le juge d'instruction pour être libéré il arrive chez vous et vous dit la même chose alors qu'il n'est même pas diabétique.*

5.5.4 « Je ne me reconnais plus »

Une **confusion sur le rôle de soignant** observée dans le chef du dispensateur de soins a été décrite par l'un des MG interrogés. Ceci serait, pour lui, lié au fait que le SPF Justice régisse les soins de santé en prison.

MG6 : *Il y a pas mal d'infirmiers qui, parce qu'ils travaillent en prison, pensent qu'ils doivent faire de la surveillance. (...) J'ai dit « mais il ne faut pas mélanger les rôles ! ». Et le fait de garder la tutelle de SPF Justice sur la santé peut aider à créer et à maintenir ce malaise. (...) Si les gens dépendent d'un système de soins, ils seront mentalement dans un système de soins. (...) Un infirmier n'est pas un surveillant.*

Et ce phénomène concerne également les MG qui sont parfois appelés à participer aux procédures liées à la détention.

MG6 : *Un exemple ? Le Fit to Fly. Donc c'est un papier qu'on va remplir quand les gens sont remballés à l'étranger. (...) C'est le ministère de la justice et Fedasil qui ont demandé aux médecins qui traitent les patients quotidiennement, de donner une attestation comme quoi ils sont capables de voler et d'être remballés dans leur pays. Mais pour moi déontologiquement c'est impossible. (...) Je ne peux pas en tant que personne de confiance du patient, médecin, établir une telle attestation si je sais que le gars est remballé dans son pays.*

5.6 Rien ne va plus

5.6.1 Je t'aime, moi non plus

Tout au long de nos entretiens, on retrouvait l'expression omniprésente de sentiments ambivalents quant à la relation au patient. Ces deux médecins ont exprimé un rapport généralement aisé avec les patients.

MG1 : *Le cas idéal où il n'y a pas de barrière linguistique et où le patient collabore, ce qui est globalement la règle.*

MG7 : *Alors dans l'immense majorité des cas, j'ai une communication assez aisée avec eux et je trouve que ça dépend très fort de comment on va se comporter nous-mêmes comme médecin avec eux. Et moi dans la majorité des cas, j'ai une relation saine avec eux.*

Les répondants reconnaissaient un déficit potentiel de continuité des soins parce qu'elle serait en partie **dépendante de la proactivité du patient**.

MG1 : *Mais sinon, pour tout le reste des cas, ce sera dépendant de leurs proactivité à eux, beaucoup. Et donc, s'ils sont proactifs, ils recevront quelques jours de médicaments et un dossier mal fait. (...) Mais s'ils ne sont pas proactifs, ce n'est pas obligatoire quoi.*

Mais les complexités inhérentes à la relation thérapeutique avec un patient privé de liberté ont aussi été présentées comme des **défis** ou sujettes à **conflit**. Cela commence pour beaucoup dès **l'admission** du patient.

MG1 : *A la première consultation (...) il y a parfois une incompréhension du patient : « C'est qui ce médecin ? Quel est son rôle ? Quel est son lien avec la prison de manière générale ? ». Et donc il faut un peu du temps parfois pour (...) qu'ils comprennent qu'on est « de leur côté ».*

MG2 : *... on n'est pas devant des gens qui sont en demande de soins. (...) On est en face de quelqu'un qui est obligé de venir voir le médecin parce que c'est son premier jour en prison. Donc ça c'est vraiment un obstacle.*

Des **agendas divergents** ont été rapportés lors de cette consultation d'entrée de patients usagers de **substances psychotropes**.

MG2 : *Et notamment dans les questions de toxicophilie... Ils veulent pas voir de médecin, ils veulent leur produit.*

MG1 : *Parce que les entrants interrompent des traitements anxiolytiques ou somnifères (...) qui les aident à dormir. (...) et se retrouvent dans un environnement potentiellement stressant. (...) Donc ils ont beaucoup de raisons d'être angoissés et donc de mal dormir. Et donc, eux, leur visite chez le médecin, c'est souvent ça qui est à l'avant-plan.*

MG7 : *Une deuxième difficulté, c'est gérer les revendications, surtout pour les détenus qui prennent des médicaments type benzodiazépines, opiacés. (...) Il faut pouvoir rester dans une relation positive avec le patient, rester centré sur les plaintes, les symptômes, le vécu et pas être dans une position de dealer où on se retrouve uniquement à parler des molécules pour savoir ce qu'on voudra bien prescrire et ce qu'on ne voudra pas prescrire.*

Cependant, le **manque de projection** pouvait expliquer pourquoi il est parfois difficile de regarder à deux dans la même direction. Notamment avant la libération :

MG3 : *Et à la fois si on ne leur permet pas de se projeter... Mais eux parfois, effectivement, ils sont juste en conflit psychologique de se dire « (...) donc toi tu me demandes de me projeter sur ma santé mais ça demande trop de préalable que je n'ai pas, ou trop de préalable que je ne suis pas encore prêt à aborder ou je n'ai pas les conditions idéales que pour pouvoir le faire et donc je suis pas prêt non plus à aller dans cette discussion-là. »*

Selon ce même MG, **Epicure** peut aussi indirectement provoquer un sentiment **d'inconsidération** chez le patient.

MG3 : *Et le gars, il a l'impression que tu connais le dossier (...). Mais non c'est chaque fois bis repetita pour les détenus. Et donc ça, c'est très pénalisant pour les longues peines quoi. (...) et donc ça participe (...) à cette notion de ne*

pas avoir une place, ne pas être entendu, que je n'ai pas l'impression qu'on connaisse ma situation. (...) Et ça participe à la non-existence mais sur un argument médical parce que justement le programme ne facilite pas bien.

La gratuité des soins pour le patient incarcéré est une source d'**irritation** pour ce répondant :

MG8 : *Donc le patient ne paie rien, il n'est pas rendu responsable financièrement de sa situation. Donc on reste dans une situation où le frein n'est pas mis sur la tête du patient mais sur la tête du prescripteur. Et ça, c'est compliqué parce qu'on est toujours dans une situation où l'occasion fait le bon larron. Les patients ne sont pas suivis à l'extérieur pour des bonnes et moins bonnes raisons, des explicables et des moins facilement explicables. Et à l'intérieur de la prison parce que c'est gratuit et qu'ils ont le temps, et parce que ça peut être un moyen qu'ils estiment juste pour sortir de prison, ils voudraient utiliser toutes les forces à leur profit. (...) Sans accepter de voir qu'ils ont posé des choix avant d'arriver en prison, qu'ils ont refusé de se faire soigner à ces moments-là, et donc éthiquement parlant sommes-nous là, dans un lieu qui n'est pas un lieu de soins, pour rattraper le retard ?*

5.6.2 Le manque de communication

Tout comme le détenu, le MG va souffrir d'un manque de dialogue et contacts au sein de la prison et avec les principaux acteurs extérieurs.

Les **divergences** de point de vue entre **MG**, le manque d'uniformité des pratiques et de concertation ont été soulevés par plusieurs répondants.

MG3 : *C'est un système où c'est un peu débrouille-toi en première ligne. (...) Et ça ne permet pas de constituer quelque chose (...) de plus ancré sur la solidarité ou de pouvoir revendiquer quelque chose aussi. Bah après le constat c'est que ça n'a jamais été fort évident de trouver une forme de solidarité. (...) A un moment donné, ils avaient créé une ASBL pour rassembler les médecins, mais c'était plus pour défendre le financier que finalement avoir des projets sur le commun ou sur les soins ou sur la dynamique des soins ou positionnement des soins en prison.*

Ce MG se plaignait de **l'absence de réunions** et lieux de concertation.

MG1 : *Non, il n'y a pas de réunion. Y a pratiquement aucune communication entre les médecins. Ce n'est pas compliqué depuis 6 mois, il y a eu 0 réunion. (...) à 0 moment des demandes d'avis, de retour ou de se concerter...*

Mais ceci a parfois été nuancé par d'autres discours.

MG8 : *Ça c'est le fantasme de tous les jeunes médecins. (...) En prison ou en médecine, s'il y a un problème, il faut le résoudre à un moment où le problème se pose. On n'a certainement pas assez de temps à organiser ce genre de réunions.*

(...) La problématique se pose là où elle se pose et il suffit de prendre son téléphone et d'appeler et partager sa difficulté à ce moment-là. Je ne vois pas très bien à quoi ces réunions vont particulièrement servir.

MG6 : Maintenant des réunions c'est la jeune génération, oui, parce que vous travaillez moins. Ce n'est pas un reproche hein, mais vous avez un espace pour réfléchir, pour se poser, pour se réunir, pour discuter.

Ce dernier a tout de même déclaré exhorter ses collègues à le solliciter davantage et être dans une attitude de **dialogue**, aussi avec les collaborateurs du non-médical.

MG6 : Parce que quand je les vois, je leur dis, mais ne restez pas tout seul, vous ne savez pas quoi faire ! 1) Vous demandez à votre collaborateur local, mais 2) demandez-nous à nous. Il ne faut pas rester tout seul...

A ce niveau-là, plusieurs intervenants ont exprimé un **défaut de communication entre services**.

MG1 : De façon top-down il y a une très mauvaise transmission de comment les choses fonctionnent et de quelles choses sont décidées etc. Et aussi très peu de communication avec les directeurs ou avec d'autres instances, les ASBL etc. C'est généralisé.

La **libération** du détenu s'est révélée être un moment où le **manque de liaison** se fait fort ressentir.

MG5 : la grande difficulté (...) c'est que la libération tombe comme un couperet. Donc le patient sort pour aller au tribunal et il ne revient plus. (...) Idéalement le service médical devrait être en copie dans les sanctions de libération de patients pour qu'on puisse garantir la continuité par après. Ce qui n'est pas le cas.

Notamment avec les **associations** d'accompagnement :

MG3 : Mais c'est vrai qu'à ce niveau-là, à partir du moment où le système ne permet pas de faire rentrer la société [les associations aidant à la sortie] dans les prisons, ça reste compliqué aussi de pouvoir les accrocher à quelque chose dont ils n'ont pas la perception de ce que ça peut leur apporter quoi.

MG1 : Et pour la sortie il n'y a pas grand-chose, il y a ce que les ASBL font sur le côté mais de façon vraiment en silo par rapport à ce que les médecins et les infirmiers de la prison font. (...) Et quand c'est fait avec les associations, c'est (...) mieux fait. Eux n'ont pas accès à nos informations (...). Nous, on n'a pas accès à ce qu'ils font.

5.6.3 L'isolement

Les médecins généralistes ont souvent exprimé une certaine **solitude** dans leur pratique carcérale. Ils se sentent isolés du système de soins mais parfois aussi au sein de la prison.

MG6 : Et pendant 5 ans à peu près, on était tout seul. Une consultation d'addicto avec un médecin tout seul, c'est absurde, hein ? (...) Mais il fallait occuper le terrain, créer un cadre, installer quelque chose...

MG1 : ... ça va prendre du temps d'avoir des avis spécialistes par exemple. Donc un diabétique qui a l'air bien équilibré et chez qui à l'extérieur on ferait à la lettre, ce qu'il faut faire (...) Bon, on va se dire OK, on va déjà essayer d'avoir une prise de sang. On va se passer autant que possible de l'avis endocrino parce que ça va être tout une histoire. Le médecin généraliste va devoir plus gérer lui-même...

Et cet isolement du système des soins a également un impact sur les dépistages disponibles pour le patient.

MG1 : ... par exemple : l'analyse de selles pour colost. J'imagine qu'on a... Fin non je sais qu'on a des pots d'analyse de selles mais ce n'est pas au sein du système de dépistage de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Un médecin aspirait à **plus de multidisciplinarité** en prison tandis qu'un autre estimait ne pas être assez soutenu par l'institution carcérale.

MG5 : Oui, ça c'est l'un des aspects qui manquent : la multidisciplinarité. Tu vois, on a des assistantes sociales, on a des psychologues avec qui on n'a même pas le droit d'avoir le contact. Parce qu'on nous dit qu'ils « dépendent de l'expertise ». (...) Pourtant s'il y avait une discussion multidisciplinaire dont les gens qui indiquent la sanction faisaient partie, peut-être qu'on pourrait trouver des solutions. (...)

MG1 : L'institution, essaie de limiter les sur-prescriptions qui engendrent des trafics et d'autres problèmes. (...) Mais dans le même temps sans mettre grand-chose en place pour qu'on puisse gérer ce problème de façon non médicamenteuse. (...) il n'y a pas tous les efforts qui sont mis pour que ces gens n'aient pas besoin d'un médecin pour ce genre de problème. (...) Je sais qu'il y a des possibilités pour faire du sport, il y a des consultations psychologiques, y a des ASBL qui interviennent. Mais d'une part, peu. Et d'autre part, moi d'où je suis-je ne le vois pas.

5.6.4 La dépendance

Prodiguer des soins au sein du système carcéral implique une **dépendance exacerbée** à l'environnement du patient, comparativement à une pratique de médecine générale typique.

MG3 : *Médicalement, c'est compliqué comme métier hein ! (...) De façon générale, la médecine générale aussi c'est comme ça. (...) Mais avec ce poids de chape judiciaire médico-légal et puis ces questions d'accessibilité, de pression...*

La prise en charge médicale est dépendante des **événements judiciaires intercurrents** durant la détention du patient :

MG5 : *Il y a des gens qui m'ont traité de tous les noms parce que j'ai refusé certains soins. Parce qu'il y a eu un temps où on était en train d'opérer un patient (...) et il est libéré. Vous vous imaginez qu'on sort quelqu'un qui n'a même pas de suivi ?! (...) Voilà, il n'y a pas de statut pour continuer à le garder en prison. Alors qu'il avait été opéré le matin, il fallait le libérer le soir.*

MG5 : *Parce que je sais qu'il y a certains gens qui disent qu'il faut faire la prise de sang d'entrant pour tester le HIV... (...) peut-être qu'il part demain de toute façon. (...) Rien ne sert de dépenser du temps et de l'énergie pour quelqu'un que demain vous ne verrez pas. (...) Et vous avez aux résultats (...) « HIV » mais vous n'avez même pas ses coordonnées. (...) 1) Vous avez perdu de l'argent. 2) Vous avez perdu de l'énergie.*

Cependant au sujet de la **continuité d'informations** à la sortie, un médecin a soulevé un point de procédure judiciaire améliorant celle-ci.

MG1 : *Quand en fait, la sortie est décidée dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une libération conditionnelle. (...) Et que donc il y a, je suppose, le juge qui décide que vous allez être libéré ou vous êtes libéré de façon conditionnelle si vous allez dans ce centre de désintoxication aux opioïdes par exemple, j'ai eu ça. Et alors là, il y a une procédure un petit peu efficace qui est que la personne doit avoir avec elle tout un dossier. Le médecin ou l'assistante sociale coordinatrice du centre qui va recevoir le patient après prend contact avec nous. Et donc là dans ces cas de figure-là où les gens en fait ne sont pas remis dans la nature, ils vont être institutionnalisés ailleurs.*

Les MG sont parfois soumis à des obstacles indépendants de leur volonté, liés au **personnel carcéral**.

MG4 : *(...) au niveau des appels des détenus, (...) c'est l'agent qui appelle ; ce n'est pas nous. Si on travaille avec un agent qui a l'habitude de travailler à l'infirmerie, ça tourne assez bien. Si évidemment on travaille avec un agent qui n'a pas trop l'habitude, on va perdre beaucoup de temps (...). Parce qu'il n'aura pas l'habitude d'appeler tout le monde avant le préau et donc on se retrouve un peu le bec dans l'eau sans voir personne parce qu'il n'a pas appelé les gens assez*

vite. Voilà, et donc, et donc on se sent obligé de reporter certains détenus au lendemain.
MG7 : Donc, si par exemple, il y a une grève (...) et que ça limite et ça empêche les détenus d'accéder à la consultation médicale ; alors oui, je trouve que ça interfère dans les soins.

Pour celui-ci, le **régime de nuit** est source de **pression**.

MG3 : Ils sont 5 gardiens de prison la nuit chez nous et donc ils n'ouvrent plus quoi ! C'est la réalité du terrain quoi. C'est un truc de dingue donc, et du coup ça, ça met une grosse pression aussi sur le système de soins.

L'organisation des soins au sein d'une prison est dépendante du **SPF Justice**.

MG6 : Bah déjà dans la plupart des pays européens ce n'est pas le SPF justice qui gère les médecins. (...) C'est le problème de « loyauté ». C'est difficile d'expliquer parfois au SPF justice des problèmes strictement médicaux. (...)

MG8 : [au sujet de l'installation de matériel pour des consultations spécialisées] c'est rendu difficile par le fait que les gens qui ont conçu la prison de Haren ne se sont pas du tout inquiétés de savoir ce qu'étaient les besoins du terrain. (...) On ne va plus jamais faire des interventions chirurgicales en prison c'est fini ça. (...) c'est se rendre compte que rien n'a été pensé dans les lieux de soins par les prestataires de soins. Au sens large de la prison on est tributaire d'une organisation que l'on voit et que l'on vit hélas tous les jours, carentielle, peu aidante, ne prenant pas en compte l'aspect soins de santé, le point de vue du médecin.

Cela a un impact sur les **moyens** financiers ou humains, notamment sur la rémunération des MG.

MG4 : Si on avait plus de subsides pour avoir plus des médecins (...) On pourrait rester plus longtemps (...) à la prison. Vu le nombre de détenus qu'il faut voir sur deux heures... Mais le problème, ce sont toujours les finances derrière. Et un nouveau programme médical, ça clairement. (...) Donc il faut quand même des subsides pour ça. MG6 : Il y avait des honoraires de disponibilité comme à l'extérieur. On les a supprimés. Coupe budgétaire. Mais ça ne dispense pas le médecin quand même d'assurer la continuité des soins. (...) Donc on a sorti une procédure à partir de 18-19h, en 3-4 étapes.

Le **manque de matériel** entraînerait une réorganisation logistique des soins défavorable.

MG6 : Au départ, tout était structuré avec Saint-Gilles, son CMC et la polyclinique de Lantin. Et à Bruges un hôpital carrément dans la prison. On demandait que s'il y avait une consultation à faire, qu'elle se fasse dans l'un de ces trois établissements. La technologie évoluant trop vite, le SPF Justice ne sait pas suivre. Un appareil d'écho qui date depuis 3 ans : le cardio, le gynéco, il râle. (...) Et donc depuis quelques années, il y a une tendance à travailler avec un hôpital

local. (...) Ça veut dire aussi que c'est plus de sorties... il faut assumer toutes ces sorties-là.
MG8 : *La plupart des spécialistes sont restés à Saint-Gilles dans un CMC qui ne fonctionne plus pour le moment. (...) Et on est pour le moment dans une situation intermédiaire tant que le CMC n'a pas définitivement déménagé. Je ne vois pas encore très clairement ce que ce CMC va offrir (...), parce qu'on n'est pas d'accord d'acheter du matériel. Et si on n'achète pas de matériel le spécialiste ne va pas être d'accord de venir.*

Un médecin relève ici un **motif budgétaire** pour justifier le **report** d'un dépistage.

MG8 : *Et on travaille dans une enveloppe fermée donc on doit faire attention. (...) Le ministère nous a demandé de soutenir les patients et de ne pas faire de prise de sang de dépistage des maladies infectieuses tant que le patient ne va pas séjourner en détention dans une durée raisonnable. Donc on la fait en général après un mois.*

5.7 Pour le meilleur et pour le pire

5.7.1 Prendre sur soi

Dans cette partie, nous avons relevé les comportements, attitudes et actions **d'ajustement** aux difficultés rencontrées par les MG. Chacun tente de s'y adapter au mieux, :

MG3 : *(...) ça montre bien finalement que... sur les missions qu'on demande, bah chacun y va finalement la fleur au fusil avec ce qu'il pense être bon ou ce qu'il pense peut-être en termes de projection. D'où les beaucoup de jeunes souvent ou bien aussi des vieux en fin de carrière finalement. Parce que voilà... mais chacun y va avec son critère.*

Des **solutions** partielles à la **barrière linguistique** en prison ont été citées.

MG5 : *J'ai cette chance que je parle plusieurs langues, c'est un avantage pour moi.*

MG8 : *Moi j'utilise beaucoup google translate.*

D'autres ont recours à **l'aide d'un tiers** au détriment, parfois, du **secret médical**.

MG3 : *...la barrière de la langue aussi. (...) Sans compter sur des choses pas très bien (...) : compter sur un codétenu, des choses comme ça, quoi. Mais parfois on est obligé quoi... un gardien. Je déteste d'ailleurs.*

Il faut parfois compter sur un agent ou un codétenu aussi pour le système de **billet de rapport**. D'ailleurs, d'autres couacs à ce niveau font l'objet de correction.

MG4 : *C'est compliqué dans le sens... parce qu'ils ne savent pas lire ou pas écrire français. (...) Donc là pour le coup, l'agent vient parfois aider pour noter à leur place.*

MG2 : *Justement pour diminuer le fait des chefs qui voient, ils ont mis des boîtes aux lettres (...). Et les mecs mettent leur bon dans les boîtes et les infirmières relèvent les bons. (...) c'est plus une question de secret...*

MG5 : *Moi personnellement ce que je fais quand je suis là c'est que je passe dans chaque aile. Comme ça en passant, vous vous facilitez aussi l'accès à vous. Et vous pouvez voir (...) les gens dont le rapport n'est pas parvenu chez vous.*

Se **plier aux règles** ou **ajuster sa prise en charge** au contexte carcéral est monnaie courante.

MG4 : *... c'était un pityriasis versicolor et on ne peut plus prescrire de Nizoral. Il contiendrait de l'alcool. Du coup, j'ai dû me débrouiller avec du fluconazole per os. Heureusement il n'avait pas d'interaction médicamenteuse ou quoi...*

MG1 : *Il y a une différence dans ce qu'on imagine comme plan de soin pour un patient. Parce qu'on sait qu'on n'a pas le même accès aux avis spécialistes ou à toutes les activités extérieures (...) Et donc on doit (...) aller à l'essentiel*

MG3 : *Et puis parfois individuellement, il y a des situations (...) qui font qu'il y a un momentum qui fait que la santé devient une priorité ou est un défaut qui permet justement pour eux d'aller accéder à autre chose ou de stabilisation. (...) La clé c'est de pouvoir déterminer (...) avec qui on saura faire ce momentum.*

La **logistique** des **transferts et extractions** forcent parfois ce MG a détourné certains moyens.

MG5 : *Je vous avoue que parfois (...) j'appelle plutôt l'ambulance alors que ce n'est pas nécessaire. (...) Pour ne pas attendre (...) pendant des semaines. (...) c'est plus cher mais bon (...) C'est contourner un peu toutes ces limites.*

5.7.2 On lui donne un doigt, il vous prend le bras

Soucieux de pallier certaines problématiques, les MG ont expliqué qu'il n'était pas simple de **préserver le cadre et les limites de leur rôle** de médecin.

MG1 : *L'Institution et le patient parfois attendent du médecin qu'il règle tous les problèmes qui sont causés par la détention (...). Et l'institution renvoie en disant « il faut voir ça avec le médecin ». (...) Mais parfois ils ne comprennent pas que (...) on a un rôle de soignant. Et que toutes les problématiques de la prison - que ça aille de la qualité du matelas au rendez-vous chez le dentiste, au chauffage dans les cellules - on n'a pas d'influence là-dessus.*

Nos MG constataient parfois la **médicalisation** de certaines problématiques psychosociales.

MG5 : *Euh ouais, un patient qui vient évoquer que « Je veux téléphoner à ma maman » (...) Et vous êtes parfois obligé de le bourrer de médicaments alors que... alors que ce qu'il veut, ce sont des contacts relationnels.*

La carence en **soins dentaires** confronte le MG à des plaintes ne relevant pas de son expertise.

MG3 : *Les soins dentaires, c'est juste l'horreur (...) On n'arrête pas de pallier des problèmes structurels...*

Enfin, la **participation aux procédures judiciaires** semble tout de même inéluctable.

MG6 : *Le Fit to Fly. (...) Moi étant en 2e ligne, (...) j'ai résolu le problème comme ça - parce qu'il fallait quand même bien trouver une solution : c'est souvent moi qui le fais. Ne connaissant pas le patient et décidant un peu comme un médecin contrôle. (...) je ne suis pas le médecin traitant du patient.*

5.8 Tout le monde a droit à une deuxième chance

5.8.1 En vrai, c'est pas si mal que ça...

Les MG ont apporté de la nuance en revalorisant, justifiant ou félicitant leur travail. Au sujet de la récupération d'information inconstante car difficile :

MG3 : *Traitement complexe, maladie complexe et passé complexe : c'est contact avec les médecins généralistes d'office.*

Ce médecin a félicité la **généralisation** de la consultation **addicto** à toutes les prisons de Belgique :

MG6 : *Et maintenant ? Bah toutes les prisons de Belgique ont ce type de consultation. Extraordinaire, hein ?!*

Au sujet des **filtres** permettant l'accès à une consultation de médecin généraliste ou spécialiste, voici ce que ce MG en pensait :

MG1 : *Et c'est pertinent hein ! (...) ça évite des consultations vraiment intempestives et inutiles. (...) C'est bien (...) qu'ils ne prennent pas directement rendez-vous. (...) Tout ce qui est médecin spécialiste, examen etc, contrairement à l'extérieur (...) là il y a une un filtre fait par le médecin généraliste. (...) ça permet qu'ils arrivent chez ce spécialiste avec les bonnes informations, qu'éventuellement on dise non à certaines choses ou qu'on réoriente...*

Au sujet des discussions autour des dispositions actuelles et future de la **garde** :

MG8 : *(...) il faut bien reconnaître que ces médecins ne faisaient pas grand-chose. À ressources diminuant à l'extérieur, (...) on avait de plus en plus de mal à trouver des gens qualifiés. Donc il n'y avait plus de grande raison (...) qu'un médecin vienne dormir ici. On fait appel à la garde. Ce n'est pas une institution de soins ici...*

MG6 : *Donc le fait que l'INAMI reprend ça, (...) va intégrer les patients d'une commune dans le système de garde de la commune (...). C'est vrai qu'il y a énormément de perte de temps, etc. Nous, on s'engage à faire venir le détenu le plus*

proche possible de la sortie. (...) de faire entrer le médecin avec tout son barda. (...) et d'accélérer la consultation. (...) ça va dans le sens d'une continuité de soins et de prise en charge du détenu...

Au sujet de l'absence de **directives médicales** thérapeutiques communes, ce dernier dira aussi :

MG6: *Alors à l'extérieur, (...) c'est la mode des algorithmes (...) il décide de changer un traitement parce qu'il a en face de lui quelqu'un qu'il a examiné ou bien qui a répondu à ces questions. (...) Maintenant c'est ça hein... Des schémas de traitement ! C'est affreux. (...) Mais à un moment donné, je ne peux pas intervenir sur la liberté de chaque médecin. (...) donner des lignes directrices OK, mais adaptées à chaque patient.*

La question de la **continuité relationnelle** a été abordée par certains.

MG1: *Et les patients et les infirmiers essayent (...) qu'à partir du moment où on voit quelqu'un ce soit toujours nous qui le voyons. (...) Ben, on voit qu'il y a toute une série de choses qui avancent beaucoup plus vite.*

MG3: *Les patients compliqués, on essaye que ce soit un médecin qui les gère par exemple. Et donc en termes de continuité, ça c'est important.*

Et plusieurs constats ont également éclairci le ciel gris dépeint précédemment. Comparativement à l'extérieur, les **délais de consultation** ne sembleraient pas faire défaut.

MG1: *Oui, oui, il y en a qui sont reportés d'un jour ou de plusieurs jours, ça arrive souvent. Même si globalement au final, les gens sont vus relativement vite. Si on compare à l'extérieur, je ne trouve pas une énorme différence.*

MG 6: *Si on prend des rendez-vous chez l'ophtalmo on en a pour juin 2024. Nous, (...) ça va beaucoup plus vite.*

Le flux d'information entre un **hôpital** local et la prison semble également être adéquat pour ce médecin suivant.

MG1: *On reçoit le rapport par la poste (...) mais on reçoit relativement bien les rapports faits à l'extérieur. Donc souvent, (...) les spécialistes de l'extérieur (...) remettent la lettre directement aux patients. (...) Et quand ce n'est pas le cas, on reçoit par courrier où il y a un délai mais qui est raisonnable.*

En termes de moyens, ce médecin a salué une disponibilité de **matériel** en prison.

MG2: *Après, je trouve qu'au niveau des moyens (...) on n'est pas plus limité qu'avec toute la technique de médecine générale classique. On en a même plus à la prison que ce que j'ai à mon cabinet. Plus de matériel chirurgical...*

Enfin, ce médecin jouirait d'un certain **confort administratif** contrairement à sa pratique en cabinet de médecine générale.

MG6 : *Je n'ai pas beaucoup de frustrations contrairement à quand je suis en position de médecin généraliste (...) Par exemple, il n'y a pas de BF en prison, c'est quand même un truc super intéressant.(...) Toute notre pratique en prison échappe à l'INAMI (...) Ce n'est pas une frustration ça ! C'est vraiment l'inverse.*

5.8.2 Un de perdu, dix de retrouvés

Plusieurs **alliés** et **outils** ont fait l'objet de louanges et reconnaissance durant nos entretiens. L'équipe **infirmière** a plusieurs fois été qualifiée d'essentielle et efficace.

MG2 : *(...) je trouve que l'infirmierie est majoritairement composée de gens motivés qui travaillent bien. Des infirmiers en qui on peut avoir confiance.*

MG3 : *Moi, ce que j'apprécie, c'est clairement le travail en équipe puisqu'il y a une infirmière avec nous. (...) Ils jouent un peu le rôle de relais, de mémoire active. (...) C'est à dire que finalement c'est à ce moment-là [la 1^{ère} consultation] que les infis jouent un rôle important parce que c'est eux qui vont faire des recherches.*

Ces médecins mentionnent deux canaux informatiques utilisés dans le **partage d'informations**.

MG5 : *La bonne nouvelle, c'est que maintenant, avec certains examens comme la radiologie, on a accès à pacsonweb.*

MG4 : *Normalement, je sais que les prises de sang sont mises sur le réseau santé wallon par notre laboratoire.*

D'autres intervenants se sont révélés être des alliés précieux aux yeux de nos participants afin d'assurer la continuité des soins. Les gens en « toute première ligne », œuvrent parfois au bon déroulement des soins.

MG1 : *si un patient est très anxieux et très énervé, les agents vont l'inscrire sur la liste du médecin. (...) Et les agents font rarement obstruction aux soins. Le contact est bien. Chacun est dans son rôle. (...) Et de mon expérience, les agents assignés aux cachots sont assez soucieux que tout se passe dans les règles pour la mise au cachot.*

MG3 : *Chez nous, par exemple, ce sont les gardiens qui donnent les médicaments.*

Au sujet des **services d'aide sociopsychologique**, ce médecin les considère assez réactifs.

MG2 : *Si nous on envoie un mail à l'ORS ou au SPS, ils se bougeront pour le voir.*

Ce MG faisait régulièrement aux **associations** intervenant auprès des patients (ex-)incarcérés.

MG6 : *Dans l'addicto, (...) On est en train de prendre contact avec beaucoup d'associations à l'extérieur. (...) beaucoup (...) commencent à me connaître. Et pour qu'il y ait une fluidité des traitements à l'entrée et à la sortie.*

5.8.3 Je reste, si...

Nous avons décelé de **l'espoir** et quelques **perspectives** d'une évolution vers une meilleure situation pour les soins de santé en milieu carcéral.

Ce MG s'enthousiasme de l'arrivée d'un nouveau logiciel médical informatisé :

MG6 : *Mais ce n'est pas un programme de médecine générale qu'on va faire copier-coller en prison. Il y a vraiment des grosses spécificités. Et il sera raccordé à eHealth. Donc on pourra récupérer les dossiers. (...) il faut réécrire un programme utilisable et compatible avec les programmes de médecine générale de l'extérieur.*

Mieux accueillir les nouveaux MG serait également une piste d'amélioration :

MG6 : *C'est pour ça que je voudrais bien (...) compléter un profil de fonction du médecin qui entre en prison.*

Ce même médecin envisage l'appui du système de garde extramuros de bon augure.

MG6 : *Et je pense que quand on sera dans la santé, il n'y aura plus moyen de refuser l'accès aux soins, en dehors des heures normales, au détenu qui est un affilié à la santé à part entière. (...) Ça c'est un but pour moi. Clairement.*

Cette réforme des soins de santé pénitentiaire suscite encore d'autres espérances :

MG6 : *Depuis janvier, tous les patients qui ont des soins à l'extérieur, c'est la mutuelle qui paye. (...) [Actuellement] les mutuelles n'ont plus aucun suivi (...) ils ne seront pas exclus du système de santé le temps de leur incarcération. (...) C'est vraiment important d'avoir une continuité de soins et de vision de leur mutuelle.*

MG8 : *Mutualiser les patients. Rendre les patients responsables financièrement de leur situation médicale.*

MG3 : *J'espère aussi que le fait que maintenant tout soit passé sur les soins mutuelles, va tout doucement permettre aussi qu'il n'y ait plus que le SPF [Justice] qui gère le financier au niveau des soins.*

Pour conclure, voici quelques éléments primordiaux pour nos MG pour la continuité des soins :

MG1 : *[La continuité des soins] d'une façon peut-être un peu maximaliste, mais c'est une continuité dans le sens d'une cohérence des soins. Et que ce n'est pas continuité dans le sens où ça doit être le même médecin au même endroit ou des choses comme ça. Ce n'est pas matériel. Mais c'est que les prises en charge (...) se coordonnent.*

MG6 : *C'est un peu la loi d'équivalence, c'est un truc auquel je tiens beaucoup aussi : la loi d'équivalence. L'équivalence des soins intérieurs - extérieurs. (...) Alors c'est vrai qu'on peut faire des spécificités au niveau pénitentiaire hein. (...) Mais en gros c'est importé la qualité extérieure à l'intérieur.*

MG8 : *Bien sûr, en amont de la prison, il faudrait du dépistage à fond, éviter que ces populations arrivent en détention ou soient marginalisées (...) Qu'on fasse repérer la maladie mentale dans les familles, c'est lutter contre la déscolarisation des enfants, c'est le culturel, les communautés qui ne s'intègrent pas...*

6. DISCUSSION

6.1 Rappel de résultats

Nous avons interrogé huit médecins généralistes travaillant en milieu pénitentiaire dans le cadre de cette étude. Nous regrettons qu'uniquement l'une d'entre eux était une femme. En termes d'âge, d'expérience et de lieu de pratique sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, nous estimons avoir atteint une diversité satisfaisante compte tenu de la taille de l'échantillon.

Nous avons trouvé judicieux de structurer la présentation de nos résultats au travers des multiples états d'âmes que peut ressentir un être humain dans une relation amoureuse difficile. Ceci a pu être accompli grâce à l'analyse par catégories conceptualisantes dérivée de l'analyse par théorisation ancrée. Nous rappelons nos résultats dans les paragraphes suivant.

La diversité rencontrée tant au niveau des caractéristiques démographiques de la patientèle que des pathologies dont celle-ci souffrait constituait l'un des incitants majeurs à l'engagement des médecins généralistes dans les soins de santé en milieu carcéral. Certains citaient notamment un tropisme pour les questions de toxico-dépendance et de santé mentale. Il s'agissait d'un attrait particulier pour une pratique clinique différente de celle du cabinet de médecine générale classique.

D'autres considérations comme le désir d'offrir des soins de qualité aux détenus ou l'ambition de contribuer à une meilleure réinsertion sociale ont été citées comme motivations par nos participants.

Très vite, nos entretiens ont abordé les obstacles ressentis en tant que soignant. Un programme médical informatique déficient et non actualisé depuis plusieurs années, Epicure, a été identifié comme la source de nombreux maux. Son utilisation peu aisée engendrerait des pertes de temps liée à une navigation lente. Certains participants ont admis qu'y récupérer une information antérieurement enregistrée était une tâche fastidieuse et que les recherches ne menaient pas toujours à l'obtention de l'information. Il a été suggéré que cela pourrait impacter l'anamnèse du médecin qui pourrait ne pas voir d'utilité à demander une information qui ne serait de toute façon pas retrouvée ultérieurement. Par ailleurs, n'étant pas connecté à la plateforme belge de partage de données médicales eHealth, les praticiens se retrouvaient exclus d'une source précieuse d'informations médicales.

L'application de l'examen médical d'entrée endéans les 24 heures suivant l'arrivée du patient semblait généralement ne pas poser de souci. Néanmoins, d'autres facteurs tels que la disponibilité

d'esprit du patient venant de se faire incarcérer, sa méconnaissance sur sa santé ou une éventuelle barrière linguistique pouvaient parfois compliquer le déroulement de cette consultation. Aussi, il pouvait régner une certaine confusion dans le chef des patients nouvellement écroués sur le rôle du médecin rencontré. Selon nos répondants, cette méfiance pouvait influencer la délivrance et la véracité des informations médicales à l'entrée. Cela valait particulièrement pour l'examen des patients toxicodépendants.

Ceci explique la quasi systématique vérification d'information à l'entrée d'un patient usager de drogue justifiant l'administration d'un traitement de substitution oral. En dehors des cas médicaux complexes, les médecins disaient que la recherche d'informations médicales postérieures à l'incarcération n'était pas toujours effectuée. En effet, l'absence d'ancien médecin généraliste ou les procédures chronophages que cela implique ne permettraient pas d'y recourir systématiquement. La transmission d'information avec le personnel de soin de deuxième ligne extramuros se déroulait d'ailleurs sous forme papier tantôt jugée efficace, tantôt moins.

Le recours à la deuxième ligne ou à certains examens complémentaires se déroulait non sans peine. De longs délais d'attente supposément liés à la logistique des déplacements attribuée au service DAB et la disponibilité de certains spécialistes étaient à déplorer. De l'aveu de certains médecins généralistes, ils se retrouvaient parfois contraints à utiliser le service d'ambulance public afin de débloquer certaines situations.

Mais ceux-ci n'ont pas manqué d'épingler certains défauts au sein de leur propre fonctionnement. Tous semblaient réfléchir à une solution alternative au système de prise de rendez-vous. Chacun reconnaissait que le manque de confidentialité et le triage imparfait sur base de ce papier appelaient à une amélioration du système. L'accès au médecin généraliste était également perturbé par des horaires flexibles et les événements inhérents à l'organisation de la prison. La carence en soins dentaires et kinésithérapeutiques s'est également fort fait ressentir. Ceci avait un impact direct sur les consultations en médecine générale et générait à la fois des sentiments d'impuissance ou d'agacement. Nous avons pu observer des ressentis différents quant à la communication entre confrères. Les plus jeunes semblaient désireux d'instaurer davantage de réunions et de lieux de concertation tandis que les plus expérimentés n'y voyaient pas d'utilité. Mais l'importance de l'équipe infirmière dans la transmission de l'information fut soulignée à maintes reprises. Les collègues infirmiers ont généralement fait l'objet d'éloges de compétence et d'efficacité par nos répondants.

Les praticiens interrogés ont exprimé l'importance d'une certaine subjectivité parfois liée à l'émotion ou les mensonges qui amenait le médecin à fréquemment devoir vérifier une situation donnée. Ceci était renforcé par la sensation de parfois travailler dans l'ignorance (sur certains délais ou dates, le rôle ou la fonction de certaines procédures ou collaborateurs...). Aussi, un manque de communication et une certaine impression d'isolement au sein de l'établissement des soins mais aussi du reste du système de soins de santé ont été décriés. Rarement mis au courant de la libération d'un détenu, la continuité des soins post-incarcération n'était assurée qu'au cas où le détenu lui-même prenait spontanément les devants et sollicitait le service afin d'obtenir quelques jours de traitement et, s'il le voulait, son dossier médical.

Travailler au sein d'un établissement pénitentiaire signifiait également être en étroite relation avec le SPF Justice et l'administration carcérale. Les difficultés liées à cette collaboration étaient principalement liées au budget réservé pour les soins de santé pénitentiaires par le Ministère de la Justice. En effet, les questions de sous-effectifs, programme médical informatique, infrastructures... ne peuvent être résolues sans davantage de subsides. D'autre part, certains ont évoqué la problématique éthique causée par cette tutelle singulière pour un soignant. Cela a été illustré par la participation de certains médecins dans des processus judiciaires ou un jugement médical biaisé par la vision sécuritaire adoptée par certains soignants travaillant dans cet environnement.

Enfin, les répondants n'ont pas manqué de se féliciter de certains accomplissements en termes de soins et d'exprimer une certaine volonté de progrès. La plupart nourrit l'espoir d'un futur meilleur une fois le transfert des compétences ministérielles achevé.

6.2 Méthode : biais et limites

A la lecture de nos résultats, nous sommes satisfaits de la méthode sélectionnée pour notre étude. La recherche qualitative effectuée par entretiens semi-dirigés nous a permis de récolter des données variées ayant fourni une réponse à notre question de recherche. Bien que nous considérons les résultats obtenus riches en contenu, nous estimons nous être rapprochés de la saturation des données sans l'atteindre étant donné l'obtention de nouvelles données lors du dernier entretien.

Malheureusement, des contraintes principalement liées à la disponibilité de potentiels participants ne nous ont pas permis d'intégrer davantage de médecins généralistes afin d'atteindre cet objectif dans le cadre de ce TFE. Ces mêmes raisons nous ont conduit à recruter trois anciens collègues

avec qui le chercheur a eu des contacts réguliers en 2019 – 2020. Il s'agit donc d'un biais de sélection. Nous estimons néanmoins que celui-ci a généralement favorisé une expression spontanée et peut-être plus libre durant les entretiens. L'usage d'un canal plus officiel tel qu'un courriel envoyé à tous les médecins francophones travaillant en prison aurait été préférable mais nécessitait l'obtention d'une liste d'adresses e-mail. Ceci aurait dû être soumis à l'approbation d'autorités pénitentiaires. Ne sachant pas combien de temps durerait cette procédure, nous n'avons pas retenu cette méthode de recrutement.

Le protocole de départ a été respecté. Par ailleurs, lors des quatre entretiens réalisés par visioconférence, quelques soucis communicationnels (ex : rupture brève de connexion) ont pu avoir lieu. Le chercheur a proactivement demandé aux participants de répéter certaines phrases quand il s'apercevait que celles-ci pourraient être moins audibles à l'enregistrement. Cependant, nous ne pouvons garantir une qualité de retranscription identique à celle des entretiens réalisés en présentiel.

Un autre biais est directement lié à l'inexpérience du chercheur en recherche qualitative. En effet, lors de l'écoute des enregistrements, nous nous sommes aperçus qu'il n'était pas toujours simple de ne poser que des questions répondant à notre question de recherche. Dans le souci de ne pas rester « agrippé » à notre questionnaire, nous avons recherché une certaine spontanéité qui se révéla être une approche fructueuse mais tout de même incomplètement maîtrisée par le chercheur.

En ce qui concerne l'analyse par catégories conceptualisantes, le chercheur a éprouvé quelques difficultés initiales liées à la création de trop nombreux thèmes. Cette étape a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo. Pour un novice, il n'était pas évident de discerner la manière la plus efficace de manier cet outil. Néanmoins, cela a principalement engendré un travail laborieux de fusion et regroupement des thèmes générés. Nous pouvons donc supposer que la formulation des catégories conceptualisantes et leur organisation thématique de celles-ci n'en ont donc point souffert. De plus, il existe une certaine subjectivité inhérente à cette méthode d'analyse de résultats qualitatifs. La première étape d'ancrage par récit phénoménologique et micro-analyse fût fort pertinente afin de réduire ce biais. En effet, celle-ci a permis au chercheur de s'éloigner, dans une certaine mesure, de son expérience personnelle sur le sujet étudié.

6.3 À propos de nos résultats

Au cours de notre formation de médecine générale, nous apprenons l'importance de l'approche du patient dans sa globalité selon le modèle biopsychosocial. Les établissements pénitentiaires sont des lieux de privation de liberté régis par une directive sécuritaire. Nous ne sommes donc pas étonnés d'observer qu'exercer l'art de guérir dans cet environnement suscite tant d'émotions et de réactions chez nos participants. C'est la somme de leurs espoirs et déceptions qui constituent la base de ce compte-rendu mitigé. Au travers des différents discours de nos participants, nous avons ressenti une volonté de bien faire freinée par une certaine inertie institutionnelle et des forces humaines trop peu importantes. Soulignons ce dernier point dont l'approche représente pour nous une condition *sine qua non* à une éventuelle amélioration de la continuité des soins en milieu pénitentiaire.

Comme exprimé par certains répondants, la machine institutionnelle semble être maintenant lancée après plusieurs années d'attente. L'intégration des détenus comme bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que le remboursement des soins prodigués en dehors des bâtiments du SPF Justice est une première étape pour la réforme des soins de santé pénitentiaires. (23) Cette « mutualisation » des patients ne mène pas encore à une « responsabilisation » financière des patients comme souhaité par l'un de nos répondants. En effet, les détenus restent pour l'instant dispensés du ticket modérateur. En sera-t-il jamais autrement ? Il nous semble hasardeux d'envisager un système de soins de santé pénitentiaires forçant une personne privée de liberté à avoir les ressources nécessaires pour accéder aux soins. Toutefois, on pourrait se demander qui paiera effectivement ce fameux ticket modérateur une fois la réforme finalisée.

Cette question en amène une autre qui est celle du budget alloué aux soins de santé en prisons. Les besoins se font ressentir sur le terrain comme l'ont rapporté plusieurs participants. Si réforme il y a et qu'un état des lieux de la situation actuelle est réalisé, nous nous attendons à une probable hausse du coût des soins de santé pénitentiaires. En effet, différents points discutés ultérieurement justifieraient également davantage de subsides. Toutefois, une hypothèse alternative serait qu'une amélioration des soins de santé avec une réduction de la sur-prescription et un meilleur accès aux examens complémentaires et avis spécialisés au moment opportun mènerait à terme à des économies. Notons également que ce transfert de compétence ministérielle est encouragé par l'OMS dans les conclusions d'Helsinki (24).

D'après nos entretiens, il semblerait que les infrastructures actuelles, même neuves, ne correspondent pas toujours aux besoins des équipes médicales. Il nous paraît évident qu'un meilleur dialogue et une certaine considération pour les travailleurs de la santé qui exerceront dans ces lieux seraient souhaitables. Concernant la problématique de la prison de Haren engendrant davantage de sorties pour l'exécution des soins, il nous paraît intéressant de lier ceci à la réflexion sur les transferts et extractions. À l'avenir, il pourrait être judicieux d'évaluer les gains (en termes de temps, finances et logistique) de la disponibilité de matériel médical actualisé à (destiné des consultations médicales spécialisées) et les comparer aux pertes engendrées par leur absence. Par exemple, cela vaut-il forcément plus cher d'avoir un appareil d'échographie à jour plutôt que d'envoyer chaque patient nécessitant ce type d'imagerie vers l'hôpital ?

Nous reconnaissons néanmoins qu'il faudrait plus que l'ajout de quelques appareils pour résoudre le souci logistique des transferts et extractions. En se renseignant sur le site de la police fédérale, nous avons appris que les « Cours, Tribunaux et transfèrements des détenus » étaient pourvus du plus grand nombre d'effectifs de la DAB (25). Force est de constater que cela ne suffit pas au bon déroulement des soins. Pour des raisons sécuritaires, il est illusoire d'imaginer pouvoir remplacer les services de la DAB par des ambulances une fois les soins de santé pénitentiaires réformés. Cependant, il nous semble crucial pour les soignants, mais surtout pour les patients, de fluidifier le parcours du détenu au sein des systèmes de santé intra- et extramuros. Peut-être qu'une solution hybride comprenant un renfort par du personnel paramédical pourrait être envisagée ?

Une solution à cette problématique, non moins ambitieuse, serait d'introduire la télémédecine au sein du milieu carcéral (26,27). Tant les patients, le personnel de soins et les autorités ministérielles y auraient à gagner. Il s'agit en effet d'une potentielle réponse aux questions de délais de consultations en deuxième ligne, aux transfèrements de prisonniers et de coûts de soins de santé pénitentiaires. Les études insistent cependant sur l'indispensable étude de terrain et la préparation des différents acteurs concernés afin de mener à bien l'implémentation de cet outil. (28,29)

Concernant le programme Epicure, nous nous réjouissons d'apprendre par le biais de l'un de nos répondants que l'implémentation d'un nouveau programme médical informatique est à l'ordre du jour. La circulation de l'information médicale entre le système carcéral et la communauté garantit une meilleure continuité des soins pendant et après l'incarcération. (30) Outre un accès à eHealth et la possibilité d'obtenir, si disponible, le SUMEHR du patient, cela réduirait les erreurs médicales,

améliorerait le ressenti de « considération » du patient et améliorerait globalement le dur labeur du médecin généraliste travaillant en prison et celui du médecin traitant du patient nouvellement libéré. Encore une fois, il est difficile d'évaluer l'ensemble des pertes liées à l'absence de mise à jour ou le maintien d'un programme obsolète. Comme l'a dit l'un d'entre eux, un ras-le-bol lié à l'utilisation de ce programme a peut-être mené certains médecins à la démission...

Comme dit précédemment, le sous-effectif du personnel médical nous semble être un facteur fondamentalement limitant à la continuité des soins. Le recrutement d'autres médecins généralistes serait donc, pour nous, un début de solution. Comme dit par l'un de nos participants, cela pourrait diversifier l'offre de soins actuelle et peut-être mieux répartir la charge de travail sur plusieurs épaules. Mais comment recruter ? Comment faire pour ne pas se retrouver uniquement avec des jeunes médecins ou des médecins en fin de carrière pleins de bonnes intentions comme le disait l'un des médecins interrogés ? Une récente étude qualitative a été réalisée au sujet de la motivation du personnel soignant à travail en milieu carcéral. (31) Outre des raisons pratiques, des raisons intrinsèques telles que le désir d'avoir un impact sociétal ou encore un intérêt pour la population carcérale ont été mentionnés. Nos résultats renforcent donc cette étude suisse.

Notre attention a également été retenue par l'absence de mentions du retard de salaire comme source de démotivation des médecins généralistes. Cette problématique, également répertoriée par le KCE, ne causerait donc pas tant de tort aux médecins interrogés. Ceci peut être expliqué par l'existence de revenus stables et suffisants émanant de leur pratique professionnelle extramuros. Ces derniers points nous amènent à croire qu'une campagne de recrutement devrait donc principalement être axée sur les motivations intrinsèques du personnel de santé à rejoindre les équipes médicales existantes.

Nous désirons maintenant nous attarder sur deux soucis énoncés qui nous paraissent partiellement solvables : le processus de libération et la barrière linguistique. A l'instar des experts du KCE, il nous semble impératif que le service médical soit notifié de la remise en liberté de chaque détenu. Nous admettons tout de même qu'un examen systématique ne serait pas réalisable au vu des forces humaines actuelles. Néanmoins, on pourrait imaginer qu'une visite médicale soit systématiquement proposée et non imposée.

En ce qui concerne la barrière linguistique, nous sommes surpris qu'aucun de nos participants n'aient eu recours à l'outil « intercult » gratuitement mis à disposition par le SPF Santé Publique pour les soins de santé (32). Celui-ci ne résoudrait sûrement pas tous les problèmes liés à la barrière

linguistique. Mais il peut déjà servir à établir une meilleure communication et à préserver le secret médical et donc mener à une délivrance de l'information plus aisée et un supposé meilleur contact avec le praticien. Peut-être qu'aucun ordinateur n'est adapté à l'utilisation de cet outil ou qu'il s'agit juste d'une méconnaissance de celui-ci.

Ceci nous rappelle l'importance de la relation thérapeutique dans la continuité de soins et sa dimension relationnelle. Sur ce point, nous souhaitons d'ailleurs citer cette autre étude qualitative belge datant de 2008, qui étudiait le comportement de demande d'aide/de consultations des prisonniers et dont les résultats ont été renforcés par les nôtres. (33) Celle-ci mentionnait l'installation progressive d'une certaine méfiance entre le praticien et le patient-détenu, notamment autour de la prescription de médicaments psychotropes.

Abordons maintenant la question de l'absence de dépistage sanguin de maladies infectieuses à l'entrée. Le report de ces dépistages à une date ultérieure à l'entrée (une fois le prévenu condamné ou après 2 à 4 semaines selon certains) ne nous semble pas suffisamment justifié sur le plan médical. Bien sûr, nous comprenons l'avantage en termes de charge administrative et économies. Cependant, il reste recommandé de proposer le dépistage des maladies infectieuses telles que HIV et hépatites B et C dès l'entrée. (34,35) La vulnérabilité de la population carcérale pour ce type de pathologies n'est plus à démontrer. Vu le nombre de ressortissants internationaux, nous ne pouvons de surcroît pas nous rassurer avec l'épidémiologie actuelle de notre pays pour l'une ou l'autre de ces pathologies. C'est pourquoi nous ne sommes pas convaincus qu'il ne s'agisse pas, ici, d'un exemple de politique de santé davantage motivée par la gestion du SPF Justice que reposant sur l'EBM.

Par ailleurs, nous nous étonnons que la mise à l'isolement n'ait été que très peu abordée par nos participants à l'étude. En effet, celle-ci est parfois citée comme exemple de la « double loyauté » à laquelle le médecin peut être confronté (36). L'approbation par le médecin d'une sanction disciplinaire est en effet une procédure qui peut poser question sur le plan déontologique, d'autant plus s'il existe une relation thérapeutique entre le détenu et le médecin sollicité par l'institution carcérale. L'absence d'expression de malaise à ce sujet nous indique une hypothétique normalisation par nos répondants.

A ce stade, il nous paraît essentiel d'aborder les thèmes de prévention et promotion de la santé. Ces points apparaissent comme essentiels dans plusieurs documents déjà cités. L'absence de certains dépistages a également été regrettée durant nos entretiens. Ceux-ci nécessiteraient une organisation adaptée au contexte carcéral. Toutefois, dans une volonté d'équivalence de soins, ils ne peuvent

continuer à être omis des soins de santé carcérale. En ce qui concerne la promotion de la santé, il apparaît dans différentes études que la participation des détenus pourrait constituer un atout avantageux (37,38). Il s'agit donc d'une piste d'identification d'alliés en termes de continuité de soins. Cependant, ces études soulignent encore le besoin d'études supplémentaires afin d'obtenir des résultats plus robustes. (39,40)

Enfin, nous regrettons l'omission, tant dans notre guide d'entretiens semi-dirigés que lors des entrevues, des questions de continuité de soins spécifiques aux femmes incarcérées, parfois accompagnées de leur(s) enfant(s). En parcourant les Règles de Bangkok(41), nous nous rendons compte qu'il s'agit d'un manquement à notre étude.

7. CONCLUSION

Dispenser des soins médicaux au sein d'un établissement pénitentiaire confronte le médecin à plusieurs obstacles et manquements tout en le soumettant à des procédures et fonctionnements de l'ordre judiciaire. A l'heure d'une réforme annoncée depuis plusieurs années mais semblant enfin se mettre en marche, nos participants ont notamment insisté sur les besoins financiers et en ressources humaines afin d'améliorer la continuité des soins.

L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience du médecin généraliste exerçant en milieu pénitentiaire par rapport à la continuité des soins. Celle-ci a pu démontrer que les limites du système actuel impactent directement le professionnel de soins qui est souvent forcé de s'y adapter afin de délivrer les soins. Les problématiques principales exprimées impactant la continuité des soins étaient le manque d'accès à l'information, l'absence de notification du personnel de santé à la libération, une logistique de déplacement des patients déficiente et un interlocuteur ministériel inadéquat.

Au terme de ce travail, il semble qu'une évaluation du système actuel afin d'en établir les besoins effectifs en termes de personnel, de financement, de prévention et de promotion de la santé soit nécessaire dans une optique d'amélioration de la continuité des soins. La voix des travailleurs de la santé doit absolument être entendue pour mener à bien le projet de réforme.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Horion c. Belgique [Internet]. 2023 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-224563>
2. Internement: la Belgique condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme. Unia [Internet]. [cité 22 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.unia.be/fr/articles/internement-la-belgique-condamnee-par-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-1>
3. Venken Et Autres c. Belgique [Internet]. 2021 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-209034>
4. Rapport au Gouvernement de Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la Prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Strasbourg: CPT; 2022 nov. Report No.: CPT/Inf (2022) 22.
5. Notice de l'Observatoire International des Prisons 2016 [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.oipbelgique.be/files/uploads/2020/02/Notice-2016.pdf>
6. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Soins de santé dans les prisons belges. [Internet]. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2017 [cité 23 nov 2021]. Report No.: 293B. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf
7. author-kce. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cité 11 août 2023]. Continuité des soins. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>
8. Europarat, éditeur. European prison rules. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2006. 132 p.
9. UNODC. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). 70/175 déc 17, 2015.

10. Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus. janv 12, 2005.
11. Service Public Fédéral Justice [Internet]. [cité 16 août 2023]. Prisons Belges. Disponible sur: https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/prisons_belges
12. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 10 sept 2016;388(10049):1089-102.
13. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BDL, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ, et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet*. sept 2016;388(10049):1103-14.
14. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. déc 2017;4(12):946-52.
15. Feron JM. Les soins de santé en prison : une vue de l'intérieur. 2002;22:91-4.
16. Remboursement des soins pour les personnes en détention - INAMI [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/remboursement-soins-personnes-detention.aspx>
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013 [cité 12 août 2023]. viii, 32 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326388>
18. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Le MeSH bilingue Information scientifique et technique [Internet]. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: www.mesh.inserm.fr
19. CISMef. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.hetop.eu/hetop/>

20. de Rouffignac S. Moodle TFE Etudes qualitatives : résultats et discussion (parties 1 et 2). 2021 déc 19.
21. Paillé P 1958-... L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. 3e éd. Paris: Armand Colin; 2013. 423 p. (Mucchielli A 1943-... Collection U. Sciences humaines et sociales). Disponible sur: <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1779801>
22. Lejeune C 19...-...., sociologue. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer [Internet]. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2019. 155 p. (Méthodes en sciences humaines (De Boeck)). Disponible sur: <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/2052984>
23. Li V. Du changement pour les soins de santé des détenus en 2023. Le Spécialiste [Internet]. 14 juill 2022 [cité 12 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/du-changement-pour-les-soins-de-sante-des-detenus-en-2023.html>
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. Leaving no one behind in prison health: the Helsinki conclusions. [Internet]. Regional Office for Europe: World Health Organization; 2020. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352128>
25. Brochure DAB [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: https://www.police.be/5998/sites/5998/files/downloads/BROCHURE_DAB_FR.PDF
26. Mateo M, Álvarez R, Cobo C, Pallas JR, López AM, Gaité L. Telemedicine: contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(2):95-105.
27. Khairat S, Wallace E, Bohlmann A, Zebrowski A, Stabile K, Yao Y, et al. Digital Health Experiences of Incarcerated Populations Using Telemedicine in North Carolina Prisons. *J Patient Exp.* 2022;9:23743735221092612.
28. Edge C, Black G, King E, George J, Patel S, Hayward A. Improving care quality with prison telemedicine: The effects of context and multiplicity on successful implementation and use. *J Telemed Telecare.* juill 2021;27(6):325-42.

29. Edge C, George J, Black G, Gallagher M, Ala A, Patel S, et al. Using telemedicine to improve access, cost and quality of secondary care for people in prison in England: a hybrid type 2 implementation effectiveness study. *BMJ Open*. févr 2020;10(2):e035837.
30. Alves Da Costa F, Verschuuren M, Andersen Y, Stürup-Toft S, Lopez-Acuña D, Ferreira-Borges C. The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. *European Journal of Public Health*. 1 août 2022;32(4):565-70.
31. Jeker B, Shaw D, Lagnaux N, Wangmo T, Elger BS. Motivation and training needs of prison healthcare professionals: findings from a qualitative study. *BMC Psychol*. 20 mai 2023;11(1):167.
32. SPF Santé publique [Internet]. 2016 [cité 16 août 2023]. Médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence). Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation-0>
33. Feron J, Hong Nguyen Tan L, Pestiaux D, Lorant V. High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour. *International Journal of Prisoner Health*. 1 mars 2008;4(3):146-55.
34. National Guideline Centre (UK). Physical Health of People in Prison: Assessment, Diagnosis and Management of Physical Health Problems [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 [cité 16 août 2023]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK395929/>
35. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings :prevention and control of communicable diseases in prison settings. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/189769>
36. Rieder JP, Gravier B, Bertrand D, Pasche C, Bodenman P, Wolff H. Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Rev Med Suisse*. 2010;4(257):1462-5.

37. South J, Bagnall AM, Hulme C, Woodall J, Longo R, Dixey R, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer-based interventions to maintain and improve offender health in prison settings [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 [cité 16 août 2023]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK260146/>
38. Woodall J. Health promotion co-existing in a high-security prison context: a documentary analysis. *Int J Prison Health*. 15 mai 2020;16(3):237-47.
39. Hull OJ, Breckler OD, Jaegers LA. Integrated Safety and Health Promotion among Correctional Workers and People Incarcerated: A Scoping Review. *IJERPH*. 12 juin 2023;20(12):6104.
40. South J, Woodall J, Kinsella K, Bagnall AM. A qualitative synthesis of the positive and negative impacts related to delivery of peer-based health interventions in prison settings. *BMC Health Serv Res*. déc 2016;16(1):525.
41. UN. General Assembly. Bangkok Rules ; United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders with their Commentary. United Nations Office of Drugs and Crime; 2010. Report No.: 65th sess.

9. ANNEXE 1 : FICHE INFORMATIVE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

. Formulaire de consentement

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à un recueil de données orale pour une étude. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude.

Objectif et description de l'étude

Il s'agit d'une étude qui devrait inclure environ 10 personnes en Belgique.

L'objectif de cette étude consiste à mieux comprendre « Quelle est l'expérience des médecins généralistes dans la continuité des soins de patients incarcérés en Belgique francophone ? »

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de passer une interview pendant environ 1 heure qui sera enregistrée et transcrite.

Promoteur de l'étude

Le promoteur de l'étude est Mme Saliez Vinciane

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette étude vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La protection des données personnelles est assurée par la loi du 8 Décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'étude

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'étude ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'étude, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter: Responsable de l'étude: Daniel Dushime.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

1. Je soussigné(e),..... déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'interview.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
4. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.
5. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nom et Signature du volontaire

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/Mr confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'étude à la personne mentionnée ci-dessus.

Nom et Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

10. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

	Questions	Réponses
*	Signalétique	
	Sexe & âge	
	Années en tant que MG + en milieu carcéral (fréquence par semaine)	
	→ Dans le cadre de ce travail, ce que j'entends, moi, par continuité des soins c'est :	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir des informations/rapports médicaux sur le patient avant son incarcération - La poursuite des soins qu'avait le patient avant son incarcération - Offrir un accès aux soins et donc aux prestataires de soins quand cela est nécessaire - Une bonne transmission d'information vers la 2^{ème} ligne et à la sortie du patient La poursuite des soins après l'incarcération du patient
*	Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation en milieu carcéral ?	
	Quelles sont vos satisfactions dans votre travail en milieu pénitentiaire ?	

	Quelles sont vos frustrations dans votre travail en milieu pénitentiaire ?	
*	La continuité des soins	
	Qu'entendez-vous par « continuité des soins » ? Concept assez large	
*	A l'admission	
	Comment se déroule la 1 ^{ère} consultation ? (et quelles en sont les informations retirées/enregistrées ?)	
	Quelles difficultés peut-il y avoir lors de celle-ci ?	
	Comment celle-ci influence-t-elle votre travail futur et/ou la continuité des soins ?	

	Les contacts avec le MG des patients (pré-incarcération) est-il fréquent ?	
*	Durant l'incarcération	
	Comment s'organise votre équipe médicale afin d'assurer la continuité des soins et qu'en pensez-vous ?	
	Quel outil d'enregistrement de données médicales utilisez-vous ? Avez-vous un avis dessus ?	
	<i>Transferts et extractions médicales :</i> Comment sont-ils organisés et comment se déroulent-ils ? Comment échangez-vous les infos entre médecins ? Et lors d'une urgence médicale, comment cela se passe-t-il ?	
	<i>Accès aux soins</i> Que doit faire le patient pour voir : - Un médecin généraliste ?	

	<ul style="list-style-type: none"> - Un médecin spécialiste travaillant en prison ? - Un paramédical (kiné par exple) ? 	
	En quoi est-ce que le fait de travailler au sein d'une <i>institution carcérale</i> et avec des <i>collègues</i> de ce milieu influence-t-il votre travail et/ou la prise en charge du patient ?	
	Enfin, avez-vous l'impression de vous faire facilement <i>comprendre par vos patients</i> ? Explicitez.	
*	Fin d'incarcération	
	Lorsqu'un patient est libéré, de quoi se charge votre équipe de soin (et vous) ?	
	Généralement, avec quels outils/quelle aide sort le patient pour poursuivre sa prise en charge ?	

*	Y a-t-il une question que je ne vous ai pas posées aujourd'hui que vous auriez aimé que je vous pose ?	
*	Enfin, connaissez-vous des personnes potentiellement intéressées par/intéressantes pour ce travail (et que je pourrais contacter voire interroger) ?	

11. ANNEXE 3 : MICRO-ANALYSE (ANCRAGE)

11.1 Micro-analyse sur base d'un passage du troisième entretien

Phrase retenue : « La prison est une étape de vie malheureuse »

- **La prison** : Bâtiment, Lieu d'incarcération, Lieu de travail, Puntion judiciaire, Moyen de protection de la société contre les délits, Perte de liberté
- **Étape** : Arrêt, période, lien entre un point A à un point B, partie de chemin (composé de plusieurs étapes => étape : unité d'un tout), passage
- **Vie** : Période entre la naissance et la mort - Propriété propre à tous les êtres vivants (micro-organismes, végétaux, animaux) - Ensemble des évènements biographiques d'un individu - Energie (être plein de vie ou sans vie : avoir de l'énergie ou pas du tout)

Et aussi :

"Étape de vie malheureuse" :

Étape malheureuse : étape difficile, étape où l'on est triste, étape regrettable/que l'on aurait voulu éviter, étape pleine de malheurs...

Vie malheureuse : vie de qualité médiocre, vie compliquée, vie de moindre valeur, vie caractérisée par l'adversité, vie à plaindre

➔ L'ensemble "étape de vie malheureuse" peut être compris de plusieurs manières et l'adjectif peut tout autant qualifier l'étape que la vie.

12. ANNEXE 4 : FORMULATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Récit phénoménologique sur base du deuxième entretien

Premier passage sélectionné :

R. OK, et donc les phases d'encodage sont extrêmement lentes et constituent donc un frein à l'efficacité de tous ceux qui... Quand on a une liste de 40 patients, c'est ça aussi un peu l'avantage en consultation carcérale, c'est qu'il s'agit de consultations qui ne durent pas très longtemps. Des consultations de 2-3 minutes, ça arrive parce que les gars sont très rationnels, très terre-à-terre avec une question précise. Ils ne savent pas avoir de médicaments ? Voilà. Quelques dafalgan parce qu'ils ont eu des maux de tête et ils viennent nous voir bah voilà ça c'est ceux qui sont vite faits. Ça peut prendre 3 à 4 fois plus de temps d'attendre que les consultations s'ouvrent et que les pages s'ouvrent et d'enchaîner dans les pages d'encodage... Le patient est sorti depuis longtemps et vous avez le suivant qui est là depuis une heure... Mais attendez... Regardez le temps perdu ! (Soupire)

- **Enoncé 1 :** La lenteur de l'encodage des consultations est chronophage et représente un frein au travail du médecin.
- **Enoncé 2 :** Malgré des consultations rapides et succinctes, l'encodage informatique des consultations ralentit considérablement le travail du médecin.
- **Enoncé 3 :** Heureusement que les consultations en médecine carcérale ne durent parfois que 2-3 minutes car beaucoup de temps est perdu à cause de l'encodage.

Deuxième passage sélectionné :

Q. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés vous que vous identifiez dans la première consultation ?

R. Oh clairement, le fait qu'on n'est pas devant des gens qui sont en demande de soins. C'est vraiment le premier truc. On est en face de quelqu'un qui est obligé de venir voir le médecin parce que c'est son premier jour en prison. Donc ça c'est vraiment un obstacle. Et notamment dans les questions de toxicophilie... Ils ne veulent pas voir de médecin, ils veulent leur produit.

- **Enoncé 1 :** Il est difficile pour le médecin d'être face à un patient qui ne souhaite pas le voir mais qui y est contraint lors de la première consultation.
- **Enoncé 2 :** Lors de son premier jour de prison, le détenu est contraint à voir le médecin alors que sa santé n'est pas sa priorité sur le moment.
- **Enoncé 3 :** Si toxicophilie il y a, le patient sera encore moins intéressé par ce que le médecin a à lui dire.

Troisième passage sélectionné :

Q. Et est-ce qu'il y a des autres moments dans votre journée où vous avez l'impression que ça met des blocages ou des choses comme ça ou pas spécialement ?

R. *Ça peut mettre des blocages parce qu'on peut tomber dans le personnel carcéral sur - heureusement pas trop mais parfois – des gens de mauvaises foi. Mais voilà c'est comme ça. On sait que cette diligence ne sera pas donnée à ce traitement. On sait que si on demande de donner... ce ne sera pas fait... Mais c'est vrai qu'ils ne sont pas censés donner les médicaments. C'est vrai que certains vont vous dire oui il n'y a pas de problème et on donne des médicaments. D'autres vont être très premier degré. Ce genre de trucs, un petit peu de... rejet de responsabilité ou de non-volonté de collaborer*

- **Enoncé 1 :** la collaboration entre le personnel carcéral et le médical est parfois difficile.
- **Enoncé 2 :** la collaboration entre collègues du carcéral et du médical n'est pas automatique mais varie en fonction des individus.
- **Enoncé 3 :** Pour avancer dans son travail, le médecin sollicite parfois un agent pour des tâches qui ne lui incombent pas. Ce dernier ne participera pas toujours.

Récit phénoménologique :

La veille, le patient était resté debout devant mon bureau durant 2 minutes avant que je ne réalise que j'étais en sa présence. Je tentais de clôturer la consultation précédente sur l'ordi mais le programme ne me facilitait pas la tâche. Après l'avoir invité à s'asseoir, j'ai compris à travers quelques réponses succinctes et à peine audibles qu'il venait d'arriver et n'avait aucune plainte. Alors, que j'encodais péniblement les informations concernant ses antécédents, il me demande soudainement d'une voix plus alerte et soucieuse s'il peut recevoir du rivotril. Aujourd'hui, il s'est repointé à ma consultation en me reprochant de ne pas avoir reçu le valium sur lequel on s'était mis d'accord comme traitement de substitution. Après vérification auprès des infirmiers, l'agent présent hier avait en effet oublié le traitement du patient dans son bureau. Il nous avait dit qu'il le lui donnerait lors de la ronde de 20h30...

Premier passage sélectionné :

Q. (..) Quelles sont vos satisfactions dans le travail quotidien à la prison ?

R. *Moi, ce que j'apprécie, c'est clairement le travail en équipe puisqu'il y a une infirmière avec nous. Et donc ça je trouve que c'est très intéressant. Ils jouent un peu le rôle de relais, de mémoire active, finalement par rapport aux situations. Bien qu'on a mis en place un système de transmission. Le défi finalement... ben si on n'a pas toujours le même médecin tous les jours, bah c'est un gros défi là-bas.*

- **Enoncé 1 :** Travailler en milieu carcéral implique une collaboration continue avec le personnel infirmier, ce qui est un avantage pour la transmission d'information.
- **Enoncé 2 :** Le travail en équipe avec les infirmiers est à la fois une plus-value pour le travail du médecin généraliste et une nécessité quant à la transmission des informations.
- **Enoncé 3 :** Sans les infirmiers, il serait difficile de relever le défi de la transmission d'informations malgré qu'il y ait un système mis en place pour cela au sein de l'équipe médicale étant donné que le médecin généraliste diffère de jour en jour.

Deuxième passage sélectionné :

R. *Ce qui me satisfait c'est que j'ai bien depuis le départ mis mon cadre de ce que j'allais apporter et pas apporter. Je crois que du coup je n'ai pas de désillusion ou de... « décalage » parce que finalement, je me suis toujours dit que... j'ai vite compris le système et donc j'allais apporter individuellement quelque chose sur les heures que j'étais là et donc dans le cadre qui m'était proposé. Si effectivement j'avais voulu plus, si j'avais l'énergie de plus à un moment de vie ou autre chose ; ben j'aurais été chef de service ou j'aurais mobilisé autrement les choses de façon plus générale, systémique etc. A partir du moment où le cadre a été bien défini, je ne suis pas frustré ou autre chose. Si je suis évidemment très frustré mais je le vis effectivement d'une façon...*

- **Enoncé 1 :** Comprendre le système carcéral permet d'adapter ses attentes quant au travail qu'on peut réaliser en tant que médecin et donc de moins se sentir frustré.
- **Enoncé 2 :** Définir un cadre d'action et être conscient de l'impact qu'on pourra avoir en travaillant en milieu carcéral dès le départ évite des frustrations.
- **Enoncé 3 :** Afin d'éviter les frustrations, le médecin généraliste peut se résigner à accepter des situations pour lesquelles il aurait peut-être mobilisé plus de moyens afin de les changer dans un autre contexte.
- **Enoncé 4 :** Le médecin généraliste peut moduler son niveau de frustration s'il réalise rapidement qu'il n'a qu'une étroite marge de manœuvre quant à certaines situations avec lesquelles il est en désaccord.
- **Enoncé 5 :** Face à des situations frustrantes, le médecin peut décider de limiter son champ d'action pour mieux les accepter ou alors de s'impliquer davantage en prenant un rôle plus important ou en mobilisant davantage de moyens.

Troisième passage sélectionné :

R. (...) Je crois que ce sont des soins de maintenance. Et puis parfois individuellement, il y a effectivement des situations, des parcours de vie qui font que bah il y a un momentum qui fait que ben la santé devient une priorité ou est un défaut qui permet justement pour eux d'aller accéder à autre chose ou de restabilisation. Et qui permet de percevoir autre chose et qui fait que quoi... Mais ce sont des choix individuels quoi. Les détenus font bien la différence, je trouve. Et pour ma part en tout cas, moi je travaille à *** donc ce n'est pas une prison non plus avec du tout-venant tout le temps où ça change beaucoup. Si ça change, mais il n'y a pas de beaucoup de prévenus qui changent. Ou voilà des choses hum... C'est juste, je crois que la clé c'est de pouvoir déterminer quel est le bon profil avec qui finalement, on saura faire ce momentum ou si ce momentum arrive pour pouvoir réaliser quelque chose ?

- **Enoncé 1 :** Les soins offerts aux patients détenus s'inscrivent dans une dynamique de maintenance, de soins en aigu. Il faut repérer ou provoquer un élément déclencheur afin d'aller plus loin dans la prise en charge du patient.
- **Enoncé 2 :** Il est judicieux pour le médecin généraliste de s'exercer à identifier le moment où un individu particulier sera potentiellement prêt à s'engager dans une démarche de soins globale.
- **Enoncé 3 :** Travailler dans une prison à faible turnover de détenus permet plus facilement de sélectionner les patients avec qui on peut aller plus loin dans les soins en fonction d'éventuelle réflexion, d'évènements de santé ou autre momentum.
- **Enoncé 4 :** Tant que l'on n'est pas dans un moment propice et face à un patient explicitement disposé à aller plus loin dans sa prise en charge, le médecin généraliste préfère ne proposer que des soins de maintenance.

Quatrième passage sélectionné :

Q. Et donc maintenant, par rapport à la continuité des soins. Qu'est-ce que vous entendez par là ? (...)

R. Il y a différentes choses. Je crois qu'il y a effectivement... Ce qui est toujours compliqué avec la prison, c'est qu'il y a la continuité judiciaire, la "continuation judiciaire". J'appellerais ça comme ça. C'est-à-dire : ce qui est imposé. Il y a effectivement par le juge, en termes effectivement de conditions probatoires ou des choses comme ça. Et puis après, effectivement, il y a ce que le patient perçoit. Ce que le détenu perçoit. Et puis après, effectivement il y a l'idéal, ce qui serait bien voulu. On peut très bien percevoir dans une situation que ça serait profitable que le patient aille dans une maison médicale parce que l'assistante sociale ou que sais-je ou qu'il change de médecin ou que sais-je, voilà. Là sa probation bah ... "Ne pas – ne pas – ne pas".

- **Enoncé 1 :** Ce qui est imposé par le système judiciaire au patient peut entrer en contradiction avec ce que le patient perçoit de sa santé et ce que le médecin souhaiterait pour lui idéalement.
- **Enoncé 2 :** Les restrictions imposées par les procédures judiciaires peuvent empêcher certaines mesures préconisées par le médecin et donc impacter la qualité/l'offre des soins pour le patient.
- **Enoncé 3 :** Entre ce qui est imposé par le judiciaire et ce qui est préconisé par le médecin, ce que comprend et perçoit le patient peut varier et influencer la suite de ses soins.

Récit phénoménologique :

Un patient est venu me voir en m'expliquant qu'il allait bientôt sortir. Malheureusement, je ne l'avais jamais vu et ne trouvais que peu d'information sur son dossier pour l'aiguiller. Heureusement l'infirmière chef a su m'aider à retracer les grandes lignes et repérer les points primordiaux. Il y avait notamment un trajet de soins diabète à organiser dès la sortie. Après, à 53 ans, je sais très bien que je dois lui rappeler de faire les dépistages adéquats. En étant resté enfermé 8 ans, il n'a sûrement jamais eu droit au dépistage du cancer du côlon. On ne le fait pas en prison. J'ai essayé d'organiser cela au début de mon travail ici mais on m'a répondu qu'on n'avait pas d'argent pour ça. Bah oui, ici ce n'est pas offert par l'état. Sans remboursement, je ne voyais pas trop comment implémenter ça sans faire de trou dans les caisses. Donc bon, voilà. Ce qui m'inquiétait ici c'est que le patient semblait désemparé car il ne peut plus vivre dans la région de La Louvière-Charleroi. C'est une condition du juge pour sa libération. Mais il n'a jamais vécu autre part et dit que toute sa vie repose sur la communauté italienne qui y vit. Il est d'un naturel méfiant et m'explique aussi qu'il ne souhaite pas trouver de nouveau médecin en dehors de sa communauté. Il avait l'air obstiné. Je me suis dit qu'in fine, soit il reviendrait en prison, soit il souffrirait de complications de son diabète...

13. ANNEXE

OK, d'accord. Alors, et donc au début, je commence par les questions, un peu simples. Est-ce que vous vous rappelez de votre dernière consultation ? C'était hier, non, en milieu carcéral. Vous savez me la raconter ? Il y a quelque chose qui vous...

Alors la dernière. Heu. C'était quel motif ? Oui, oui, oui. Un Monsieur d'une trentaine d'années qui avait la main gonflée suite à une bagarre qui date d'il y a 2 semaines. Et je l'ai déjà vu pile il y a une semaine. J'avais demandé une radiographie en urgence parce qu'il avait la main déformée et je le revois hier parce que la radio n'a pas été faite. Et donc bah ça ne va pas du tout peu importe le contexte, il faut qu'il ait cette radio. Le gars il crève de mal jour et nuit. Et donc on a dû l'envoyer, faute de transport organisé, on a dû l'envoyer en ambulance, faire sa radio aux urgences.

Et qu'est-ce qui expliquait qu'il n'avait pas pu faire sa radio la semaine passée ? Si vous l'aviez demandé en urgence ?

Problème organisationnel, ça ne suit pas. Ils essaient d'envoyer les détenus de Haren faire leur radio à Saint-Gilles. Et donc il n'y a pas de possibilité de faire de radio à Haren. Donc ils doivent être transférés et il faut organiser un convoi. Et alors souvent ils essaient de faire des transports pour plusieurs détenus à la fois qui vont au CMC de Saint-Gilles. Pour voir un spécialiste ou bénéficier d'une radio ou d'une écho. Parce qu'il n'y a pas encore toutes ces installations-là Haren.

Et est-ce que ça arrive souvent du coup, le cas où le patient n'a pas un suivi qui se fait plus ou moins de manière optimale dans le temps idéal ?

Dans le temps idéal ? Oui, je pense qu'il y a souvent des problèmes d'organisation de ce type.

Pas spécifiquement à Haren parce qu'il n'y a pas de radio quoi ?

Je pense. Ça peut arriver ailleurs aussi. Comme j'ai surtout une grande expérience de travail à Saint-Gilles, j'ai remarqué que parfois il y avait des problèmes aussi. Mais le fait d'avoir sur site un équipement plus complet facilite quand même grandement les choses. Parce qu'ici, avec un transport organisé et sans doute des ressources insuffisantes pour permettre le transport. Ce n'est pas toujours de la mauvaise volonté des gens qui auraient pu s'en charger, mais parfois, c'est une question de ressources. C'était un délai excessivement lourd.

Et vous pensez que ce patient ne s'est pas plaint entre-temps ? Il voulait attendre de vous revoir, vous, parce que vous êtes une fois par semaine ?

Moi je ne viens qu'une fois par semaine. Mais il pensait que ce serait d'un jour à l'autre et donc le mercredi, il se disait demain ou après-demain je vais faire ma radio. Il a un peu mordu sur sa chique et puis ben, un jour, deux jours, trois jours passent, c'est le week-end. Il sait qu'il n'aura pas sa radio le week-end. Puis c'est lundi, et alors au début de cette semaine-ci il s'est dit "bah là, je vais quand même réclamer". Il a fait des rapports et c'est moi qui l'ai vu mercredi et qui ai découvert que sa radio n'avait pas été faite

Ok, d'accord. Par rapport à ce cas, votre ressenti était que les choses devaient juste aller plus vite ? Vous n'avez pas l'air frustré par rapport à ce cas ?

Ben si hier j'étais très frustré. J'étais même un peu fâché et donc on a un peu secoué les choses avec l'infirmière qui me secondait. On a passé des coups de fil pour organiser en urgence le transport. Et la cellule transport nous a même demandé, tiens, est-ce que ça irait la semaine prochaine ? Et j'ai dit ben non, maintenant ça va plus. Soit vous me l'organisez aujourd'hui ou demain, soit monsieur, il part en ambulance, il va tout de suite parce que là ça devient inhumain.

Est-ce que vous avez d'autres frustrations dans votre métier, dans votre travail en milieu pénitentiaire ?

Oui j'ai une frustration, une frustration qui est récurrente. C'est par rapport à la gestion du temps parce que souvent on a des listes avec un nombre excessif par rapport au temps qu'on va passer sur place. Et donc il faut trouver le bon équilibre. Si je me dis, je prends 20-30 minutes par patient comme je fais dans mon cabinet privé ici en dehors, ben je vais voir 2 fois moins de patients. Alors je vais très bien les voir, je vais vraiment bien prendre le temps pour eux, mais il y a toute une série de détenus qui ne seront pas vus. Si je me dis, je vais surtout viser le nombre, essayer d'être super efficace, bah je risque de travailler trop vite et ma qualité de soins va diminuer et donc j'essaie de trouver un équilibre entre les 2. J'essaie d'être efficace, d'aller plus vite, d'aller droit au but lors des consultations pour quand même en voir une dizaine, par exemple sur une matinée. Mais bien les voir quand même.

Mais l'approche est pas alors exactement la même que dans mes consultations parce que voilà ce gain en efficacité ne permet pas toujours d'aller au fond des choses ou d'aborder des aspects préventifs que je pourrais peut-être parfois rajouter dans des consultations dont le motif de départ n'était pas une question préventive.

Bien gérer son temps après c'est un combat tous les jours aussi dans notre métier de généraliste. Et je trouve qu'en prison, c'est particulièrement difficile quand on voit le nombre de détenus demandeurs d'accéder à des soins, de répondre à un maximum d'entre eux, mais en même temps arriver à leur donner des réponses de qualité. C'est un défi, je trouve

Est-ce que vous avez d'autres frustrations avant de passer à votre satisfaction ?

Mais de nouveau ça, ça fait un peu référence à l'exemple que j'ai pris qui était ma dernière consultation d'hier. C'est frustrant de voir que dans l'organisation des soins, il y a parfois des bugs, enfin des anomalies de prise en charge parce que ça ne suit pas derrière nos instructions.

Et ce que vous mettez derrière, organisation des soins ? Comment vous vous organisez en tant qu'équipe ?

Mais en tant que médecin, si j'établis un plan d'action et puis que je vois une semaine plus tard que le plan d'action n'a pas été respecté, je trouve ça frustrant. Si j'ai des détenus qui demandent d'avoir accès à certains soins et que j'estime que ces soins sont nécessaires, et puis qu'on voit qu'on a des délais vraiment exagérément longs.

Il y a eu le cas maintenant dans la nouvelle prison de Haren avec les soins dentaires. Il n'y avait pas encore de dentiste, c'était très compliqué de leur faire accéder aux soins supplémentaires. Bah ça a

amené des frustrations chez les médecins aussi parce que je ne suis pas dentiste donc j'étais assez impuissant devant eux. Mais je voyais les gars qui venaient de façon récurrente se plaindre de problèmes dentaires. Et voilà alors malheureusement cette population avec une dentition, enfin en général, en mauvais état, c'est souvent des personnes qui ne sont pas soignées à l'extérieur. Et puis qui, une fois en prison, ont cet accès aux soins, mais qui n'est pas toujours si aisé. Mais qui sont très demandeuses et parfois en réelle souffrance. Je trouve ça frustrant de pas pouvoir leur permettre d'accéder à cette.

Et qu'est-ce qui vous plaît alors ? C'est quoi votre satisfaction quand vous travaillez en prison ?

Alors, qu'est-ce qui me plaît ? Mais déjà je pense que socialement c'est très intéressant. Enfin, je trouve que c'est une population en grande souffrance. Je trouve que la population carcérale, c'est une population qui est assez malade. Il y a une surreprésentation de tas de pathologies, que ça soit des pathologies organiques, que ça soit des pathologies mentales. Il y a vraiment beaucoup de diversité et comme je disais une surreprésentation. Donc il y a vraiment du travail pour les médecins. Et alors, je trouve qu'on peut effectuer là un travail humain de qualité. Moi, c'est un peu mon objectif aussi, c'est d'essayer d'amener un peu d'humanité dans un milieu qui est quand même heu très hostile quoi. Et donc si je peux amener quelque chose de positif dans ce milieu c'est quelque chose de chouette pour moi. Enfin, je trouve que ça me change de la population que j'ai ici à Woluwé. C'est un tout autre public mais, moi, j'estime qu'en chaque humain il y a du bon et du mauvais. Et que bon, très certainement que tous ces détenus ne sont pas là pour rien. Mais voilà, en étant là-bas, ils sont punis. La prison, ça ne rend pas un humain meilleur. Je trouve que l'ambiance est très oppressante, que les relations qu'ils ont entre eux avec les gardiens sont souvent malsaines. Donc c'est compliqué de ressortir de là guéri ou meilleur. Et donc si je peux amener quelque chose de positif, c'est leur montrer que je vais les traiter exactement comme des humains. Moi je ne suis pas là pour les juger, je sais pas pourquoi ils sont là, à moins qu'ils soient célèbres. Et donc je vais vraiment les traiter comme je traiterais tous mes patients en dehors. Je vais avoir un regard neutre et j'essaye d'amener aussi un peu d'humanité, de la gentillesse aussi et d'essayer de leur montrer qu'eux aussi peuvent être des bons gars. Et je me dis si ça peut préparer aussi quelque chose pour chez eux, pour leur sortie, eh ben j'aurai amené une petite chose de positive dans leur vie. Et donc ça c'est une chose à laquelle je tiens beaucoup dans mon travail là-bas. Et je tiens à ce qu'ils le ressentent quoi et qu'ils puissent sortir content d'une consultation avec une réponse à une question, une réponse à une inquiétude, un plan d'action qui éclaire pour leur santé.

Ouais. Donc c'est un peu prendre soin de l'humain et la relation humaine aussi qui vous intéresse fort là-dedans.

Ça m'intéresse très fort. J'aime beaucoup m'intéresser aussi à l'histoire de ces détenus. Parce que beaucoup ont des récits de vie terribles, ont eu une enfance très compliquée, ont été eux-mêmes maltraités dans leur vie. Enfin beaucoup ne sont pas nés en Belgique. Il y a beaucoup de gens qui sont nés ailleurs dans d'autres pays. Il y en a qui ont connu la guerre, il y en a qui ont grandi dans des milieux mafieux dans l'est de l'Europe, en Amérique latine. Et qui ont eu des vies très dures, qui se sont faits, voilà embarquer dans des réseaux heu voilà qu'ils auraient pu éviter s'ils avaient grandi dans un autre milieu. Et donc je m'intéresse fort à leur vie et je trouve que souvent les récits de vie expliquent des choses. Alors ça n'excuse pas hein, ce n'est pas parce qu'on a eu une difficile qu'on doit devenir un

meurtrier ou un délinquant. Mais je trouve que ça explique et parfois en me mettant à leur place, je me dis ben, comment moi j'aurais tourné si j'avais grandi dans avec une histoire comme la leur ? Et donc j'aime bien les faire parler de leur vie aussi. Je pense que pour certains, ça fait du bien, ça les aide aussi à décharger des choses. Mais, mais comprendre leur vie, c'est quelque chose qui m'intéresse beaucoup.

Et justement, est-ce que vous avez l'impression d'arriver à vous faire comprendre par les patients dans votre consultation ? Est-ce que c'est possible de faire passer votre message ? Est-ce vous avez le sentiment que la communication est fluide avec vos patients ?

Alors dans l'immense majorité des cas, j'ai une communication assez aisée avec eux et je trouve que ça dépend très fort de comment on va se comporter nous-mêmes comme médecin avec eux. Si on est en mode expéditif, un peu autoritaire, pas trop à l'écoute ou vraiment une écoute minimale et puis très vite, un plan d'action avec des réponses très carrées, ça va compliquer la relation. Si on est assez à l'écoute, empathique, même si parfois on est peut-être pas toujours d'accord, mais qu'on prend la peine de les écouter, de leur poser des questions, de les laisser expliquer comment ils ressentent les choses eux-mêmes en leur montrant qu'on est là pour leur offrir une aide, même si c'est dans la mesure de nos possibilités quoi ; alors je trouve qu'on peut avoir une très bonne relation avec eux et moi dans la majorité des cas , j'ai une relation saine avec eux. Très rarement des tensions ou des conflits. C'est pas quelque chose que je ressens comme une grande difficulté.

Ok. Pour la suite de l'interview, est-ce que vous savez me dire votre idée de la continuité des soins à vous et après je vous donnerai ce que pour ce travail on a décidé de mettre comme ça on parle de la même chose.

Comment je vois la continuité des soins là-bas ?

Non, le concept en soi de la continuité des soins.

Ah la continuité des soins. Ben c'est le travail du médecin généraliste. C'est d'arriver à faire une synthèse de la santé d'un individu en prenant compte de toutes ces problématiques de santé personnelle et au-delà de la synthèse, d'arriver à établir un suivi dans la durée pour le patient. Et un suivi si possible de qualité.

Ouais, c'est vraiment exactement ça, je vais juste vous citer les points qu'on a mis. Et donc c'est avoir des informations, rapports médicaux sur le patient avant son incarcération, la poursuite des soins qu'avait le patient avant son incarcération pendant son incarcération. Offrir un accès aux soins et donc aux prestataires de soins quand c'est nécessaire, une bonne transmission d'informations vers la 2e ligne et à la sortie. Et la poursuite des soins après l'incarcération du patient. Donc, c'était un peu concrètement spécifiquement par rapport au milieu pénitentiaire qu'on a discuté avec ma promotrice. Et ici, du coup, j'avais un peu réparti en différents temps de l'incarcération du patient et donc je me demandais à l'admission, comment est-ce que la première consultation se déroulait pour vous ? Est-ce que vous faites parfois des premières consultations ?

Alors oui, et d'ailleurs normalement c'est une obligation pour chaque détenu qui entre en prison : il doit voir un médecin si possible dans les 24 heures pour constituer un petit dossier médical. Et alors, qu'est-ce que ça doit comporter ? Ben surtout une anamnèse, voilà, s'intéresser aux antécédents du

patient, savoir s'il a des allergies, s'il prend des médicaments, s'il consomme des choses comme tabac, alcool, stupéfiants, drogues. Et puis s'intéresser aux problèmes actuels. Est-ce qu'il a des plaintes ce jour-là ? Voir si on peut déjà répondre à des questions, s'il y a un traitement, s'assurer que le traitement continue dès le début de son séjour, qu'il n'y ait pas d'arrêt dans son traitement. Et puis alors si je fais un examen clinique, ça va être un examen clinique orienté en fonction des antécédents et des plaintes. Ça peut être un paramétrage de base, ça peut être un examen clinique plus complet en fonction des plaintes et des antécédents.

Et donc ça, c'est toutes les informations que vous enregistrez. Comment est-ce qu'après vous utilisez ça dans la suite de la prise en charge du patient. Est-ce que ça a une influence ?

Alors ça a une influence si c'est un patient qui va avoir besoin d'un suivi, par exemple pour une pathologie chronique qui est connue, je vais essayer d'établir des recommandations. Par exemple, si on a un diabétique et qu'il doit faire un contrôle sanguin tous les X, ben je vais lui donner des instructions.

Après on n'a pas toujours - ça c'est peut-être un petit manque - un système facile pour reprogrammer les patients nous-mêmes. Et donc je vais faire comme avec mes patients à l'extérieur et dire monsieur, ce serait bien de prévoir une prise de sang dans un mois. Et dans un mois, refaites un petit rapport, on se reverra en consultation. Et après ça, c'est voilà, c'est un système qui responsabilise le patient aussi, comme on le ferait pour des patients extérieurs : donner une recommandation. Si un mois après, il ne reprend pas rendez-vous, il ne refait pas de rapport, c'est un patient qui peut qui risque de partir dans les oubliettes quoi.

Mais je trouve que la continuité des soins est possible pour les détenus. Et après voilà, elle n'est peut-être pas toujours aussi aisée qu'à l'extérieur. Quelque part, ils ont un accès aisé puisque tous les jours il y a des médecins qui passent. Et on pourrait dire ils ont des délais courts et pas nécessairement plus longs qu'à l'extérieur pour avoir accès à une médecine de première ligne. Et d'autre part, on sait qu'avec la surpopulation, parfois un manque de médecins, il y a certains qui vont faire des rapports et qui vont avoir besoin de quelques jours pour être vus et l'évaluation de l'urgence éventuelle est pas toujours bien établie au départ quoi.

Hum. Mais et du coup vous disiez que on ne sait pas évaluer l'urgence, comment ça fonctionne ce triage ? Comment est-ce qu'on évalue l'urgence d'une demande d'un détenu ?

Alors un détenu qui veut voir un médecin en prison, il doit toujours faire un petit rapport écrit. Et si possible, il faut qu'il mette un motif sur son rapport. Mais beaucoup ne mettent pas de motifs, certains font des rapports tous les jours et ils écrivent urgent tous les jours sans mettre un motif. Il y en a qui mettent un motif, mais ce n'est pas clair. Et en fait c'était peut-être urgent et ce n'est pas évaluable juste sur base du rapport. Théoriquement, on doit essayer de voir un maximum de détenus qui ont fait un rapport. Mais parfois les rapports sont tellement nombreux que ce n'est juste pas possible pour le médecin d'arriver à voir tous ceux qui ont un rapport. Et du coup le tri, ben il est délicat, il est fait par les médecins et/ou par les infirmières. Ça ne devrait pas se faire comme ça, mais c'est l'excès de rapports qui induit ce phénomène.

Pourquoi ça devrait pas se faire comme ça ?

Ben si on avait toujours un nombre de rapports qui correspond aux plages de disponibilité des médecins, ça tomberait juste. Mais si une infirmière récolte par exemple 60 rapports un matin et qu'elle a juste un médecin : est-ce que le médecin verra 60 patients en trois heures, une matinée ? Non, ce n'est physiquement pas possible et donc il faudra que parmi ces 60 rapports, il y ait une sélection qui se fasse. Et donc comme j'expliquais, bah y a des détenus, ils vont faire des rapports tous les jours. Et Ben celui qui a déjà été vu la veille ou l'avant-veille, qui a un problème déterminé déjà bien connu, on ne va pas nécessairement lui permettre de revoir le médecin tous les jours.

Ça a déjà eu des impacts négatifs selon vous, ce système ?

Alors moi je n'ai jamais eu d'accidents mais je pense qu'il y a un risque. Et que l'organisation des soins en prison pourrait être revue. Je pense qu'il y aurait moyen de créer un tri plus intelligent qui permettrait un accès au plus grand nombre et un accès mieux organisé.

D'accord. Et comment est-ce que justement vous vous organisez avec l'équipe pour l'organisation des soins ? Donc, pour assurer la continuité des soins ?

Alors il y a un directeur médical, celui qui est responsable de l'organisation des équipes. Moi je travaille dans un bâtiment à la prison de Haren, Il y a normalement un médecin qui passe chaque matin dans ce bâtiment. Moi, si j'ai un plan d'action déterminé pour un patient, je vais essayer de garder le suivi moi-même de ce patient. Et si je dois le reprogrammer, avant de le reprogrammer chez moi une semaine, deux semaines ou un mois, enfin le temps nécessaire chez moi ; comme je ne viens qu'une fois par semaine, si j'ai un détenu qui doit faire des analyses et qu'il faut un suivi dans les 24/48 h suivantes, je sais que je ne serai pas là, alors je m'arrange avec un collègue. Et souvent c'est via l'infirmière. Et les infirmières sont plus présentes, souvent connaissent mieux les détenus que nous. Et donc si y a par exemple un résultat à voir et à montrer à un médecin, je vais demander à l'infirmière de demander à mon collègue deux jours plus tard, de vérifier si le résultat n'était pas trop mauvais et si ça peut attendre la semaine suivante. S'il faut un plan d'action pour ce résultat, c'est elle qui gèrera avec mon collègue.

Et pour la nuit et le week-end, comment ça se passe ?

Alors à Haren, c'est un système de garde rappelable.

OK

Mais moi je ne participe pas à cette garde.

Ok. Est-ce que vous voulez parler du logiciel d'enregistrement des consultations ?

Il est extrêmement mauvais. Je crois que c'est le même pour tout le pays. Il est d'une lenteur épouvantable. Il y a des bugs si on n'enregistre pas suffisamment vite tout le contenu d'une consultation. A partir d'un certain nombre de mots ou de phrases, il arrête d'enregistrer. Et donc si je n'ai pas tapé assez vite ma consultation, il y a une partie qui ne sera pas mémorisée. Oh, c'est un petit exemple, mais il y a des tas de soucis avec ce logiciel et je trouve ça plutôt honteux de la part du ministère de la justice de nous fournir un logiciel aussi défaillant.

Et comment est-ce que vous palliez les différences par rapport à ce logiciel ? Parce que de ce que j'ai compris, il n'y a pas de lien avec e-health non plus. Est-ce que vous trouvez que ça a un gros impact sur la continuité de soin et la prise en charge des patients ?

Bah je trouve que ça nous empêche d'avoir accès à une série de données, et des données qui peuvent être utiles. Après moi, je travaille depuis une bonne quinzaine d'années, je n'ai pas toujours connu e-Health. Et on arrivait quand même à faire de la bonne médecine. Mais voilà, ce type d'outil facilite encore plus les choses dans notre métier. Donc je trouverais ça bénéfique aussi pour les soins en milieu carcéral de pouvoir avoir cet accès.

Ok, est-ce que vous trouvez que travailler dans une institution carcérale, mais donc du coup avec des collègues aussi qui ne sont pas des prestataires de soins, influence votre travail par rapport à ici ? Par exemple, le fait que vos collègues soient des non soignants et que vous ne soyez pas dans une institution de soins, est-ce que vous trouvez que c'est un impact sur votre pratique ?

Sur ma pratique en dehors, sur ma pratique dedans ?

Non, non, c'est dedans. Ouais dedans. Est-ce que vous trouvez qu'il y a une influence sur votre travail ?

Non, si ce n'est si d'autres travailleurs au sein de la prison empêchent l'accès aux soins. Donc, si par exemple y a une grève, et que les gardiens ne sont pas suffisamment nombreux et que ça limite et ça empêche les détenus d'accéder à la consultation médicale ; alors oui, je trouve que ça interfère dans les soins. Mais quand tout fonctionne bien, non je trouve que ça ne va pas modifier ma façon de travailler ou l'accès aux soins pour les détenus. Et je pourrais leur prodiguer des soins équivalents à ce que je ferais à l'extérieur.

Et c'est très fluide pour vous le système de billets de rapport ? De ce que j'ai compris, le billet de rapport passe soit par le chef de quartier, soit via l'infirmerie. Et donc est-ce que parfois il y a des pertes en cours en fonction de ces deux intermédiaires aussi ?

Alors je ne sais pas le vérifier, mais c'est de l'ordre du possible. Et j'ai déjà entendu des détenus dire qu'ils avaient fait x rapports qui n'avaient pas encore été vus. Après, parfois ce n'est pas parce qu'on ne voulait pas les voir, mais c'est parce qu'il n'y avait pas de place à la consultation les jours précédents. Et parfois on se dit "bah oui c'est dommage". Peut-être qu'il aurait pu être vu un peu plus tôt. Et à contrario, on a aussi des détenus qui sont parfois vus en urgence pour des choses qui ne l'étaient pas du tout. Ils font un raffut de tous les diables en interpellant les agents, en disant qu'ils doivent être vus en toute urgence pour tel ou tel problème super grave. Et puis c'est une toute petite question de rien du tout, et ça, ça arrive fréquemment. Et c'est dommage parce que ça va parfois empêcher l'accès aux soins à des personnes qui en auraient peut-être plus besoin, mais qui crient moins fort. Il y a des détenus qui mobilisent plus de temps en consultation et qui n'en ont pas besoin plus que d'autre. Et il y en a qui sont respectueux des autres, qui vont faire un rapport qu'une fois de temps en temps et qui seront peut-être pénalisés par d'autres qui prennent beaucoup de temps.

OK. Est-ce que ça vous arrive à l'entrée de prendre des contacts avec les médecins généralistes précédents des patients ?

Oui, ça peut arriver.

Ok, et vous faites ça fréquemment ? Enfin, voilà, vous en avez besoin ?

Alors on le fait. C'est surtout utile si on veut vérifier un traitement médicamenteux surtout chez des patients toxicomanes qui prennent des médicaments stupéfiants et qui vont déclarer une certaine quantité. Et puis quand on vérifie auprès du médecin traitant, on découvre que ce n'est pas la quantité prescrite qui a été déclarée comme la quantité consommée. Ouais, je dirais, c'est le motif le plus fréquent pour appeler un médecin traitant, c'est celui-là.

Et à la sortie, est-ce que vous avez des contacts avec le médecin ? Parfois, est-ce que les médecins vous rappellent en disant « mon patient était chez vous » ?

Ça peut arriver, mais c'est vraiment peu fréquent.

Ok.

C'est vrai, enfin moi, dans mon expérience de médecin en prison, je trouve ça rare.

Et avec quoi sort le patient à la sortie ? Est-ce que vous êtes au courant, vous, de qui sort ?

Souvent, je ne suis pas au courant, à moins qu'il ne me l'ait confié. Mais un beau jour on voit que, bah si on est plus là, qu'il ne vient plus à la consultation et on en déduit qu'il est libéré. Et donc je participe peu à l'organisation de la sortie. Peut-être que d'autres médecins qui sont plus présents que moi vont plus organiser ça que moi, mais moi pas.

D'accord. OK. Et voilà. Donc vous avez déjà parlé des transferts et de la situation médicale des détenus. Je regarde juste s'il y a un point qu'on n'a pas du tout abordé. Mais quelles sont vos plus grosses difficultés pendant les consultations avec les patients ?

Alors une première difficulté déjà citée, c'est la gestion du temps. Une deuxième difficulté, c'est gérer les revendications, surtout pour les détenus qui prennent des médicaments type benzodiazépines, opiacés. Ça, c'est une difficulté qui peut revenir. Je trouve qu'avec l'expérience, je gère ça nettement mieux qu'avant et je me sens à l'aise avec ça. Mais ça reste une difficulté. Il faut pouvoir rester dans une relation positive avec le patient, rester centré sur les plaintes, les symptômes, le vécu et pas être dans une position de dealer où on se retrouve uniquement à parler des molécules pour savoir ce qu'on voudra bien prescrire et ce qu'on ne voudra pas prescrire. Donc ça reste quand même une difficulté importante. Il y a une difficulté qui était - mais c'est une difficulté que j'ai eu pendant des années à Saint-Gilles - le manque de matériel et les infrastructures un peu vétustes dans les cabinets qui étaient aménagés dans les ailes de la prison. Mais maintenant je travaille à Haren, je trouve que j'ai un cabinet très bien équipé avec une infirmerie juste à côté de moi.

Ah d'accord.

Et donc je trouve que ça, voilà, ça influence la qualité de la prise en charge. Mais donc voilà, je maintiens que dans certaines prisons, le matériel et l'infrastructure ne sont pas optimales.

Et dnc vous, vous êtes passé de Saint-Gilles à Haren. Est-ce que vous avez vu des soucis de transfert (en termes de soins) par rapport par rapport aux patients qui ont été transférés ? Est-

ce qu'il y a eu des soucis par rapport à la prise en charge ? Est-ce qu'il y a eu des Interruptions ? Est-ce que vous avez vu un impact de ce transfert sur la prise en charge ?

Mais dans l'aile où je travaille ici, non, je trouve que ça se passe bien. Maintenant, c'est vrai qu'on a eu quelques fois des détenus qui n'ont pas été vus comme des entrants à la prison de Haren. Maintenant ils ont un dossier donc ce n'est pas comme si c'était vide. Leur traitement a continué, ils ont été transférés hein. Le traitement a continué s'ils en avaient un. Mais ils n'ont pas nécessairement été revus par un médecin pour reconstituer le dossier ou faire une petite mise en œuvre du dossier médical. Et une ou deux fois sur plus de 6 mois, j'ai eu des détenus pour qui je me suis dit : « c'est dommage, s'il avait pu être vu à son entrée, on aurait pu mettre l'une ou l'autre chose en place pour sa santé et ça n'avait pas été fait ». Mais je trouve que c'est moins grave qu'un détenu qui vient de l'extérieur, et qui vient sans rien quoi. Ici, le logiciel est quand même partagé entre les différentes prisons. Donc il n'y a pas eu d'interruption de traitement pour ces patients.

Ok. Est-ce qu'il y a une question que je vous ai pas posée, que vous auriez aimé que je vous pose

Non.

La transcription intégrale des sept autres entretiens semi-dirigés réalisés au cours de notre recherche est disponible sur demande à l'adresse courriel suivante : daniel.dushime@student.uclouvain.be

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur Dushime Daniel.

Email : daniel.dushime@student.uclouvain.be

Gsm : 0486833546

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur Saliez Vinciane .

Email : v.saliez@i-careasbl.be

Gsm : [Click here to enter text.](#)

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

La continuité des soins et la médecine pénitentiaire

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

Comprendre le point de vue des médecins généralistes pénitentiaires belges francophones au sujet de la continuité des soins et ses obstacles dans la prise en charge de patients détenus.

Année académique de présentation du TFE

2022-2023.

Description du TFE

Le TFE que je souhaite réaliser s'intéresse à la continuité des soins en milieu pénitentiaire. Suite à une expérience professionnelle et d'autres lectures (notamment le rapport du KCE datant de 2017), il apparaît que la situation est sous-optimale. Mon but est d'interroger les médecins généralistes exerçant dans ce milieu particulier afin d'en dégager un constat mettant en lumière les difficultés ressenties par ceux-ci dans la prise en charge du patient incarcéré (en ce qui concerne la continuité des soins). Cela concerne tant l'avant, le pendant et l'après de l'incarcération.

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

Travail de recherche visant à interroger les médecins généralistes pénitentiaires sur les obstacles ressentis et rencontrés dans la prise en charge du détenu en termes de continuité des soins.

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

Durant mon année de césure (2019-2020) avant le début de mon assistantat, j'ai eu l'occasion d'exercer les fonctions de médecin pénitentiaire. Cette expérience professionnelle me fit réaliser plusieurs défis inhérents à la prise en charge des patients privés de liberté. A différentes reprises, j'ai tenté d'interpeler mes collègues médicaux et autres intervenants sur mes réflexions de jeune médecin. Effectuant concomitamment un post graduat à l'institut de médecine tropicale d'Anvers, mon analyse de la situation était fort influencée par les concepts de santé publique qui m'étaient enseignés. Autant je me rendais compte de la complexité de la population carcérale en tant que patientèle, autant il me semblait dommage de ne pas profiter de la disponibilité des patients (tant par leur proximité que par la durée et la répétition possible des contacts avec le personnel soignant tout au long de leur détention) pour réaliser des interventions efficaces et bénéfiques en termes d'éducation à la santé, de prévention et de qualité de soins. D'autre part, il y avait déjà à l'époque des discussions sur le transfert des compétences liées aux soins des personnes privées de liberté en Belgique du SPF Justice au SPF Santé Publique. Le processus visant à réaliser ce transfert démarrant enfin en 2022, le momentum actuel me semble propice à une telle réflexion. Quelle qualité de soins offrons-nous au patient détenu ? Assurons-nous une qualité de soins similaire à celle offerte à la population civile ? Quand une prise en charge était en cours au moment de l'incarcération du patient, est-elle vraiment poursuivie de manière cohérente ? Quels sont les critères d'évaluation des soins en milieu carcéral ? Les médecins généraliste pénitentiaires tentent-ils de les satisfaire ? A quel niveau la collaboration inévitable avec le personnel pénitentiaire/judiciaire influence-t-elle la prise en charge du patient ? Quels outils pourraient améliorer la situation actuelle (lois, règles, budget, protocoles, logiciel...) ? Quand une extraction médicale est nécessaire (RDV externe chez un spécialiste, hospitalisation nécessaire), la communication entre intervenants est-elle satisfaisante ? Les soins prodigués en externe sont-ils comparables à ceux reçus par la population civile ? Lors de sa libération, est-ce que l'ex-détenu détient en main les clés nécessaires à la gestion de sa santé (clé matérielle : dossier médical, traitement, lettre de référence... clé intellectuelle : notion de la situation de santé actuelle, connaissance sur ses facteurs de risque et antécédents...) ? Sera-t-il adéquatement pris en charge au sein de la population civile ? Finalement, la majorité de mes questions pouvaient se réduire à : la continuité des soins dans la prise en charge de mes patients est-elle assurée de manière optimale ?

Mon travail a donc pour objectif principal de tenter de poser un regard objectif et neutre sur une situation expérimentée individuellement dont les causes sont sûrement multifactorielles. Je pense qu'au terme de ce TFE, mon but personnel est également de confronter mon ressenti, mon vécu des difficultés rencontrées à l'épreuve de la recherche en littérature scientifique et d'une investigation rigoureuse. Cet exercice me paraît pertinent afin d'évaluer l'esprit critique acquis au terme de mon cursus universitaire. En quelque sorte, voir si "je me pose les bonnes questions" par rapport à une expérience de terrain.

Aussi, il me paraît intéressant d'identifier les éventuels disparités de réponses en fonction des institutions pénitentiaires et fonctionnements internes. D'autre part, cette démarche permettrait également à d'autres médecins intéressés par le sujet d'avoir un fragment d'informations pouvant constituer un point de départ pour d'autres travaux. En effet, la médecine pénitentiaire est un exercice de la médecine générale moins fréquemment discuté/étudié. Le changement de compétence au niveau fédéral, la création de mégaprisons et autres sont des événements pouvant déclencher de l'intérêt chez d'autres (candidats assistants) médecins généralistes.

Pour finir, un dernier objectif peut-être moins réalisable est d'interpeler les autorités compétentes

sur les conditions de travail de mes confrères travaillant en milieu pénitentiaire ainsi que les réalités de la prise en charge des détenus et la qualité de l'offre de soins proposés à cette population précaire. Je n'ai bien sûr pas de canal direct à disposition pour l'instant. Mais si, au cours de la réalisation de ce travail ou par la suite, je trouve une manière de sensibiliser des acteurs clés, cela constituerait également une réussite à mes yeux.

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

Sans objet

Domaines exclusifs du TFE

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

une recherche quantitative

Dans le cas d'une recherche littérature,

- **Quels mots clés seront utilisés ?**
Sans objet
- **Dans quels types de littérature ?**
Sans objet
- **Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle période (x dernières années) ?**
Sans objet

- **Full-text/abstract, ... ?**
Sans objet

- **Autres précisions ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?**
Sans objet
- **Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, analyse thématique, ...) ?**
Sans objet
- **Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- **Quel public cible ?**
Médecin généraliste travaillant en milieu pénitentiaire
- **Quelle est la méthode de recrutement ?**
Identification des individus éligibles via mailing lists, informations obtenues par le directeur médicale des prisons de Belgique ; sollicitation des participants via e-mail/appel téléphonique.
- **Quel est le type d'échantillonnage ?**
Médecins généralistes ayant exercé minimum 1 an en milieu carcéral durant les 15 dernières années (y compris à temps partiel)
- **Quelles sont les procédures d'analyse ?**
Méthodologie d'analyse par catégories conceptualisantes
- **Quelle est la procédure d'anonymisation ?**
Sollicitations des médecins de manière individuelle (pas de mailing list en groupe par exemple) ; Publication des résultats de manière anonymisée ; pas de nom d'établissement pénitentiaire figurant dans les transcrits d'entretiens semi-dirigés. Ni d'autres noms d'intervenants ou de patients, ni de référence à des situations spécifiques pouvant amener à une perte d'anonymat pour le participant, tout travailleur pénitentiaire ou un patient.

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de travail assurance qualité**
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de recherche-action**
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez cette autre méthodologie**
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique interventionnelle (PICO) ?

Non

- **Quelle est la population cible ?**
Sans objet
- **Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle est l'intervention ?**
Sans objet
- **Quel est le comparateur ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Non

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :

Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Non

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?

Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Oui

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?

Médecins généralistes pénitentiaires

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?

Recherche qualitative, Non

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?

Oui

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?

Oui

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ? Précisez les mesures prises.

Sollicitations des médecins de manière individuelle (pas de mailing list en groupe par exemple) ;

Enregistrement et publication des données de manière codifiée/anonymisée ; pas de nom

d'établissement pénitentiaire figurant dans les transcrits d'entretiens semi-dirigés. Ni d'autres noms d'intervenants ou de patients, ni de référence à des situations spécifiques pouvant amener à une perte d'anonymat pour le participant, tout travailleur pénitentiaire ou un patient.

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?

01/02/2023

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?

30/06/2023

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Non

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Non

SI OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Non

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Non

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la "**Déclaration d'Helsinki**", des "**Bonnes Pratiques Cliniques**" et de la **législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain**.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. **L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.**

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 11/01/2023

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »