

Faculté de santé publique

Comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles vivent-ils les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne ?

Mémoire réalisé par
Emilie Noël

Promoteur·rice(s)
Alain Loute

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles vivent-ils les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne ?

Mémoire réalisé par
Emilie Noël

Promoteur·rice(s)
Alain Loute

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite avant tout exprimer ma sincère gratitude à mon promoteur, Alain Loute, pour la qualité de son encadrement tout au long de ce travail, pour sa disponibilité et pour sa réactivité constante face à mes questions et mes sollicitations. Son suivi attentif a été un véritable soutien dans la construction de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement les médecins qui ont accepté de participer à cette recherche, pour leur disponibilité, leur confiance et leur implication dans les entretiens. Leur générosité à partager une expérience professionnelle aussi personnelle et parfois difficile constitue le cœur de ce travail, et je leur en suis profondément reconnaissante.

Mes remerciements vont également aux établissements pénitentiaires qui m'ont ouvert leurs portes et permis de mener une partie de cette recherche sur le terrain, une démarche qui a considérablement enrichi ma compréhension du sujet.

Je tiens ensuite à remercier ma famille, en particulier mon père, pour sa relecture attentive et minutieuse ainsi que pour ses corrections orthographiques et grammaticales tout au long de la rédaction, ainsi que ma sœur Mélanie et son compagnon Martin pour le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce mémoire.

Un merci tout particulier à mes amies Clémence et Nina, pour leur soutien indéfectible, leur écoute et les nombreuses heures d'étude collective qui ont rendu ce travail plus léger, y compris dans les moments de doute.

Enfin, je remercie plus largement ma famille et mes amis pour leur présence, leurs encouragements et leur patience tout au long de ce parcours académique.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	6
CADRE THÉORIQUE	9
1. LE PARC PÉNITENTIAIRE BELGE ET LES CONDITIONS DE DÉTENTION	9
2. LE MILIEU CARCÉRAL COMME CONTEXTE DE SOINS SPÉCIFIQUE	10
3. LE PROFIL DE SANTÉ DE LA POPULATION CARCÉRALE	12
4. CADRE LÉGAL (INTERNATIONAL, EUROPÉEN ET BELGE) ET DISTORSION	13
5. LE RÔLE DU MÉDECIN : CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES, INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE ET DILEMMES ÉTHIQUES	15
6. LA RÉFORME DE LA SANTÉ CARCÉRALE ET LES APPORTS THÉORIQUES EXISTANTS : ENJEUX ET PERTINENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	18
MÉTHODE.....	21
1. APPROCHE GÉNÉRALE	21
2. MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES.....	21
2.1. Phase exploratoire.....	21
2.2. Entretiens semi-directifs.....	22
2.3. Analyse documentaire.....	26
3. ANALYSE DES DONNÉES	27
4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DE LA MÉTHODOLOGIE	28
5. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES	28
6. POSTURE DE LA CHERCHEUSE / RÉFLEXIVITÉ	29
RÉSULTATS.....	31
1. LE CADRE DE TRAVAIL ET SES CONTRAINTES	32
1.1. Le contexte et la pratique quotidienne	32
1.2. Les contraintes institutionnelles.....	35
1.3. Les contraintes liées à la patientèle	37
2. L'EXERCICE PROFESSIONNEL SOUS TENSION	38
2.1. Le secret médical et la relation de confiance	38
2.2. La continuité des soins.....	39
2.3. L'indépendance médicale	40
2.4. La qualité des soins	41
3. LES DILEMMES ÉTHIQUES ET LE GLISSEMENT DES PRATIQUES	42
3.1. Les dilemmes éthiques.....	42
3.2. Le glissement dans les pratiques	44
3.3. Les demandes inadéquates	44
4. LE VÉCU ET L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE.....	45
4.1. Le vécu des médecins.....	45
4.2. Le sentiment de sécurité et d'insécurité	46
5. LES PERSPECTIVES DE TRANSFORMATION	46
5.1. Les améliorations proposées.....	47
5.2. La réforme et le transfert vers le SPF Santé	47
DISCUSSION	49
SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	49
1. L'ÉQUIVALENCE DES SOINS À L'ÉPREUVE DU RÉEL	50
1.1. Un principe normatif fort	50
1.2. Des freins structurels à l'équivalence	51
1.3. Faire comme à l'extérieur : réalité ou illusion ?.....	52
1.4. La continuité des soins, point de rupture le plus aigu	53
2. LA DOUBLE LOYAUTÉ ET L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE.....	54
2.1. Une indépendance revendiquée	54
2.2. Une indépendance relativisée : la double loyauté	55
2.3. Le secret médical comme révélateur de la tension.....	56
3. L'INSTITUTION TOTALE ET LE GLISSEMENT DES PRATIQUES	57

3.1. <i>Le milieu carcéral comme institution totale</i>	57
3.2. <i>Accoutumance, banalisation et naturalisation</i>	59
3.3. <i>Résistance et opposition à la norme sécuritaire</i>	60
4. LE VÉCU : ENTRE ENGAGEMENT, FRUSTRATION ET PROTECTION	61
4.1. <i>L'attachement à une médecine porteuse de sens</i>	61
4.2. <i>Frustration et sentiment d'impuissance</i>	61
4.3. <i>Mécanismes d'ajustement et identité professionnelle</i>	62
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	64
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	71
ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN	71
ANNEXE 2 - FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	72
ANNEXE 3 - CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES REPRÉSENTÉS DANS L'ÉCHANTILLON	73
ANNEXE 4 - EXEMPLE D'ENTRETIEN	74
ANNEXE 5 - EXEMPLE TABLEAU CODAGE	86

En 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que la Belgique avait soumis un détenu à un traitement inhumain et dégradant en le maintenant plus de quinze ans dans une prison ordinaire, sans accès à des soins adaptés à son état (CEDH, 2013). Douze ans plus tard, en 2025, un médecin pénitentiaire belge, le Dr Brecht Verbrugghe, alertait publiquement l'Ordre des médecins et la ministre de la Justice sur des manquements qu'il qualifiait lui-même de graves et structurels dans la prise en charge médicale des personnes détenues, une alerte qui a conduit le Conseil national de l'Ordre des médecins à constater que les droits fondamentaux des détenus en matière de soins font l'objet de transgressions systématiques (Ordre des médecins, 2025). Entre ces deux dates, la loi belge n'a pourtant jamais cessé d'affirmer que le détenu a droit aux mêmes soins que n'importe quel citoyen. C'est cet écart, entre un principe juridique constant et une réalité que la profession médicale elle-même dénonce aujourd'hui comme non résolue, que ce mémoire se propose d'interroger, non pas de l'extérieur, mais à travers la voix de ceux qui doivent, chaque jour, en assumer les conséquences concrètes : les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral.

Ce principe d'équivalence des soins n'est pas une exigence isolée. Il est garanti en Belgique par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, qui affirme que toute personne, sans distinction, doit pouvoir accéder à des soins appropriés, un principe que le Service public fédéral Justice rappelle lui-même explicitement pour les personnes détenues (SPF Justice, s.d.). Il rejoint également les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, selon lesquelles les personnes incarcérées ont droit à des soins équivalents à ceux offerts dans la communauté (OMS, 2014), et les Règles Nelson Mandela adoptées par l'Assemblée générale des Nations unies, qui posent ce même standard minimal (ONU, 2015). Que ce principe, aussi solidement établi sur le plan normatif, continue d'être aussi largement transgressé dans les faits est précisément ce qui rend son étude urgente plutôt que simplement pertinente.

Le rapport du KCE (2017), centre fédéral d'expertise des soins de santé, souligne à cet égard que les contraintes institutionnelles, sécuritaires et organisationnelles propres au milieu carcéral limitent l'accès effectif à des soins de qualité, et que cette condamnation de 2013 n'est pas un cas isolé : les arrêts W.D. c. Belgique (CEDH, 2016) et L.B. c. Belgique (CEDH, 2012) ont depuis confirmé des carences structurelles similaires dans l'organisation des soins de santé en prison.

Au cœur de cet écart se trouve une figure singulière, celle du médecin généraliste exerçant en prison. Son engagement déontologique l'oblige à garantir des soins indépendants et conformes aux standards médicaux, mais sa pratique est entravée par la pénurie de moyens, le cloisonnement avec les structures de santé extérieures et la dépendance hiérarchique vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, parfois assortie de pressions institutionnelles inacceptables, comme l'ont récemment dénoncé plusieurs médecins et associations du secteur (Cardon et al., 2025). Ces contraintes génèrent des dilemmes éthiques récurrents, souvent décrits dans la littérature internationale comme des situations de double loyauté, où le médecin doit arbitrer entre l'intérêt de son patient et les exigences institutionnelles ou sécuritaires (Pont, 2008). Comprendre comment ce professionnel vit concrètement cette tension, au quotidien et non dans l'abstrait, est précisément ce que ce mémoire se propose de faire.

L'intérêt pour ce sujet trouve également sa source dans un parcours personnel et académique. La chercheuse a été sensibilisée à ces enjeux au travers de son engagement dans un kot à projet consacré aux droits humains, où elle a pu rencontrer des personnes détenues et observer certaines réalités concrètes de leur quotidien. Elle a également suivi plusieurs formations dispensées par l'Observatoire international des prisons, qui lui ont permis de mieux comprendre les conditions de détention et les enjeux de santé publique en milieu carcéral. Ces expériences s'inscrivent en cohérence avec son parcours en santé publique et nourrissent une approche analytique et critique des inégalités d'accès aux soins dans des contextes spécifiques tels que le milieu carcéral.

Malgré l'acuité de ces enjeux, le vécu des médecins exerçant en prison reste peu documenté dans la littérature scientifique francophone. Peu d'études qualitatives explorent la manière dont ils perçoivent les contraintes institutionnelles, gèrent les dilemmes éthiques, préservent leur indépendance professionnelle et éprouvent, sur le plan émotionnel et identitaire, la singularité de cet exercice. La plupart des travaux existants abordent la santé carcérale sous l'angle épidémiologique ou organisationnel (KCE, 2017), sans donner la parole aux praticiens eux-mêmes sur ce qu'implique, subjectivement, le fait d'exercer la médecine dans un tel cadre. C'est précisément cette lacune que ce mémoire entend combler, en articulant un intérêt personnel et académique avec un manque documenté dans la littérature, afin de comprendre concrètement l'expérience de ces praticiens et les enjeux éthiques qui en résultent.

Dès lors, il apparaît essentiel d'explorer l'expérience des médecins exerçant en prison en Belgique, et plus particulièrement en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce choix de périmètre se

justifie par la spécificité de l'organisation des soins et des établissements pénitentiaires francophones, ainsi que par un souci de cohérence linguistique et institutionnelle dans le recueil et l'analyse des données. La question centrale de cette recherche peut être formulée ainsi : comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles vivent-ils les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne ?

Cette question principale se décline en plusieurs sous-questions. Comment les médecins décrivent-ils les conditions concrètes de leur exercice et les contraintes qui le structurent ? De quelle manière les principes déontologiques, secret médical, indépendance, continuité et qualité des soins, sont-ils mis à l'épreuve par le cadre carcéral ? Quels dilemmes éthiques rencontrent-ils et comment les arbitrent-ils ? Enfin, comment vivent-ils, sur les plans émotionnel et identitaire, cet exercice singulier, et quelles transformations appellent-ils de leurs vœux ?

En répondant à ces questions à partir de la parole de dix médecins généralistes actifs sur le terrain, ce mémoire vise à donner une voix à une profession dont l'expérience reste largement invisible, à un moment où cette invisibilité même est en train d'être publiquement remise en cause. Il propose ainsi une contribution académique à un champ encore peu exploré, susceptible de nourrir la réflexion sur les conditions d'un exercice médical réellement conforme aux principes déontologiques en milieu carcéral, une réflexion à laquelle le projet de réforme transférant les soins de santé pénitentiaires du SPF Justice vers le SPF Santé publique, encore en attente de mise en œuvre, donne aujourd'hui une actualité particulière.

Cadre théorique

La question de recherche qui structure ce mémoire, celle du vécu des médecins généralistes face aux tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles en milieu carcéral, ne peut être abordée sans un ancrage théorique solide. Comprendre ce que vivent ces praticiens suppose en effet de disposer d'outils conceptuels capables de rendre compte à la fois du contexte dans lequel ils exercent, des normes qui encadrent leur pratique et des tensions éthiques qui en découlent.

Ce cadre théorique s'organise autour de six points complémentaires qui suivent une progression logique, du plus concret au plus conceptuel. Les deux premiers points décrivent le contexte matériel et sanitaire dans lequel s'inscrit la pratique médicale en prison : le parc pénitentiaire belge, ses conditions de détention et la surpopulation structurelle qui le caractérise d'une part, le profil de santé de la population carcérale et l'organisation des soins d'autre part. Le troisième point mobilise le concept d'institution totale développé par Erving Goffman pour saisir la nature particulière de l'environnement carcéral et ses implications pour toute pratique de soin. Le quatrième point présente le cadre légal international, européen et belge qui consacre le droit à la santé des personnes détenues et pose le principe d'équivalence des soins. Le cinquième point définit les concepts éthiques et philosophiques qui permettront d'analyser le vécu des médecins : les quatre principes de Beauchamp et Childress, la distinction entre éthique et morale chez Ricœur et la notion de sagesse pratique, la double loyauté selon Physicians for Human Rights, et enfin le moral distress tel que conceptualisé par Jameton. Le sixième et dernier point présente la réforme belge de 2019 et situe la pertinence de la question de recherche dans le contexte actuel.

Ensemble, ces six points constituent les lunettes théoriques à travers lesquelles seront lus et interprétés, dans la partie analyse, les discours des dix médecins généralistes interrogés.

1. Le parc pénitentiaire belge et les conditions de détention

La Belgique compte officiellement 39 prisons, 20 en Flandre, 16 en Wallonie et 3 en Région Bruxelles-Capitale, selon les sources institutionnelles (Service public fédéral Justice, s.d.). Ce parc pénitentiaire, composé d'établissements aux capacités et aux fonctions variées, constitue le cadre matériel dans lequel s'inscrit la gestion quotidienne de la population carcérale.

Sur le plan institutionnel, les établissements pénitentiaires belges sont classés en deux catégories : les maisons d'arrêt, destinées aux personnes prévenues, et les maisons de peine,

réservées aux personnes condamnées. Néanmoins, cette distinction est fréquemment mise à mal dans la pratique. Comme le relève l'Observatoire international des prisons, un nombre important d'établissements accueillent simultanément des personnes prévenues et condamnées, ce qui relativise la portée opérationnelle de cette classification et complexifie la gestion quotidienne des établissements (OIP, 2020).

Dans ce contexte, la surpopulation carcérale constitue une problématique structurelle du système pénitentiaire belge. Déjà en 2015, le KCE constatait que la capacité moyenne journalière des prisons s'élevait à 10 028 places, alors que le nombre moyen journalier de personnes détenues atteignait 11 040, attestant d'une situation de surpopulation (KCE, 2017). Cette situation perdure dans le temps. D'après le SPF Justice, en 2023, la surpopulation carcérale se chiffrait à 12,7 % : seules 10 195,5 places étaient disponibles pour 11 486,5 détenus effectivement présents, et 22 établissements connaissaient une situation de surpopulation (SPF Justice, s.d.). Ce constat est corroboré par le Conseil de l'Europe, qui indique dans son rapport SPACE I 2024 que la Belgique comptait 113 détenus pour 100 places au 31 janvier 2024, confirmant ainsi le caractère persistant et structurel de ce phénomène (Conseil de l'Europe, 2024).

Cette surpopulation a des répercussions directes sur les conditions de détention. De nombreux rapports soulignent que la surcharge des établissements entraîne une dégradation des conditions matérielles de vie, notamment en termes de promiscuité, d'accès à l'hygiène, de respect de l'intimité et de salubrité des cellules (Prison Insider, 2025 ; OIP, 2020). Le Comité européen pour la prévention de la torture et l'Observatoire international des prisons décrivent des établissements marqués par des infrastructures vétustes, une ventilation insuffisante, un accès limité à l'eau chaude, des installations sanitaires dégradées, ainsi que la présence d'humidité ou de nuisibles ((CPT, 2024 ; OIP, 2024). Le rapport du KCE rappelle que la santé en prison ne se limite pas aux soins médicaux, mais inclut également la gestion de l'hygiène, la sécurité alimentaire et les conditions matérielles de vie, dimensions jugées « *rarement appliquées de manière satisfaisante* » dans les prisons belges (KCE, 2017).

2. Le milieu carcéral comme contexte de soins spécifique

Pour comprendre les conditions dans lesquelles s'exerce la médecine en prison, il convient de saisir la nature particulière de l'institution carcérale en tant qu'environnement social. Le sociologue Erving Goffman, dans son ouvrage *Asiles* (1968), introduit le concept d'institution totale, qu'il définit comme « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus,*

placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968). La prison constitue, à ce titre, un exemple paradigmatique d'institution totale : elle prend en charge la quasi-totalité de l'existence de ses résidents, à savoir le lever, les repas, les déplacements et le sommeil, selon un règlement strict qui ne laisse que peu de marge à l'initiative individuelle.

L'institution totale se caractérise par plusieurs mécanismes fondamentaux qui structurent la vie de ceux qui y résident. Le premier est la rupture radicale avec le monde extérieur : la personne incarcérée est coupée de ses réseaux sociaux, de ses repères habituels et de ses rôles antérieurs, qu'ils soient professionnels, familiaux ou communautaires. Le second est ce que Goffman appelle un processus de mortification du moi : la personne incarcérée est progressivement dépossédée de ses attributs identitaires antérieurs, tels ses préférences alimentaires, ses activités habituelles et ses relations sociales, et soumise à une homogénéisation contraignante qui fragilise l'autonomie et pèse durablement sur la santé physique et mentale, comme en attestent les données présentées dans la section précédente. Le troisième mécanisme est celui du système de privilèges et de sanctions qui régit l'ensemble de la vie quotidienne : les moindres actes, de la douche au repas en passant par les déplacements, sont soumis à une autorisation institutionnelle et peuvent faire l'objet de récompenses ou de punitions. Ce système crée une dépendance totale à l'institution et réduit considérablement la capacité d'agir de manière autonome.

Ces mécanismes ont des implications directes sur le rapport au corps et à la santé. Dans une institution totale, le corps du détenu est pris en charge, contrôlé et surveillé par l'institution bien avant que le médecin n'intervienne : l'alimentation, le rythme de sommeil, l'activité physique et les conditions d'hygiène sont tous déterminés par des règles institutionnelles. Le corps du détenu est ainsi un corps déjà "occupé" institutionnellement, ce qui place le médecin dans une position singulière : il intervient dans un espace corporel et relationnel que l'institution a déjà façonné, en dehors de toute logique thérapeutique. Cette configuration est fondamentalement différente de celle de la médecine en milieu libre, où le patient conserve une autonomie sur son corps et son environnement de vie.

Par ailleurs, Goffman souligne que les institutions totales ne concernent pas uniquement ceux qui y sont enfermés : les professionnels qui y travaillent sont eux aussi soumis, dans une certaine mesure, à la logique institutionnelle. Le médecin exerçant en prison n'échappe pas entièrement

à ce cadre : ses horaires, ses déplacements, son accès aux patients et les conditions matérielles de son exercice sont largement déterminés par l'organisation pénitentiaire. Il est donc, lui aussi, un acteur contraint par l'institution totale, même si sa position est fondamentalement différente de celle des personnes détenues.

Ce cadre conceptuel sera mobilisé tout au long de ce mémoire pour analyser les conditions dans lesquelles s'inscrit la pratique médicale en prison. Il permettra notamment d'éclairer pourquoi les tensions entre logique de soin et logique institutionnelle ne sont pas des accidents ou des dysfonctionnements ponctuels, mais des expressions structurelles d'une contradiction inhérente à l'exercice de la médecine au sein d'une institution dont la finalité première n'est pas thérapeutique.

3. Le profil de santé de la population carcérale

La population carcérale se distingue également par un profil socio-démographique marqué par une forte concentration de vulnérabilités. Les personnes détenues présentent en effet des niveaux de précarité socio-économique, d'exclusion sociale et de faible niveau d'instruction nettement supérieurs à ceux de la population générale, des caractéristiques qui constituent en elles-mêmes des déterminants défavorables de la santé, indépendamment des effets propres à la détention (KCE, 2017). Cette vulnérabilité préexistante explique en partie le profil de santé dégradé décrit précédemment : de nombreuses personnes entrent en prison avec des pathologies non ou insuffisamment traitées, des addictions non prises en charge et des parcours de soins interrompus. La détention ne fait alors souvent qu'aggraver ou révéler des problèmes de santé antérieurs, plutôt que d'en être la cause unique.

Sur le plan sanitaire, la population carcérale présente un profil de santé nettement plus défavorable que celui de la population libre. Les études menées par le KCE montrent que seulement 51,2 % des détenus se déclarent en bonne santé, contre 74,1 % en population générale, et que 35,7 % souffrent d'une maladie chronique (KCE, 2017). Les troubles du sommeil touchent plus de la moitié des détenus, et 50,5 % sont en surpoids (KCE, 2017). Les indicateurs de santé mentale sont particulièrement préoccupants : 37,6 % des détenus rapportent des idées suicidaires, et 6 % déclarent avoir fait une tentative de suicide dans l'année écoulée, contre 0,4 % dans la population générale (KCE, 2017). Les pathologies liées aux addictions sont également très présentes, avec environ un détenu sur trois consommant des drogues durant sa détention (KCE, 2017). Enfin, certaines maladies infectieuses sont nettement surreprésentées en prison : le VIH y présente un taux d'environ 1 %, et l'hépatite C un taux d'environ 7 %, soit

plusieurs fois plus que dans la population libre (Michel et al., 2015, cités par KCE, 2017). Ces conditions de détention fragilisées constituent un facteur aggravant pour la santé physique et mentale des personnes détenues. La promiscuité, le manque de ventilation et les conditions d'hygiène dégradées augmentent notamment les risques de transmission de maladies infectieuses, en particulier la tuberculose, dont le taux est plusieurs fois supérieur en prison par rapport à la population générale (Aerts et al., cités par KCE, 2017).

La consommation de médicaments en prison est nettement supérieure à celle observée dans la population générale : sur une période de douze mois (avril 2015 à avril 2016), 203 903 prescriptions ont été délivrées dans les prisons belges, soit un total de 1 019 jours de traitement cumulés par prisonnier-année, contre 459 jours par habitant et par an dans la population générale (KCE, 2017). Cette surconsommation est avant tout d'ordre psychiatrique : une large majorité des prescriptions (43 %) concernaient des médicaments actifs sur le système nerveux, comme les antidépresseurs ou les anxiolytiques (KCE, 2017). Sur le plan des consultations, environ 250 000 consultations médicales toutes spécialités confondues ont été enregistrées, dont 77,7 % effectuées auprès d'un médecin généraliste et 11,9 % auprès d'un psychiatre (KCE, 2017). On observe par ailleurs une grande variabilité du nombre de consultations entre détenus, notamment selon l'âge, le sexe, le statut (interné ou non) et la durée de détention, mais aussi entre les prisons elles-mêmes (KCE, 2017).

Les médecins généralistes constituent la pierre angulaire des soins de santé en milieu pénitentiaire belge. On dénombre en moyenne 18,3 consultations auprès d'un médecin généraliste par prisonnier-année (KCE, 2017), soit un taux considérablement plus élevé que celui observé dans la population générale belge, où l'occurrence moyenne s'établissait à 5,47 consultations par patient et par an en 2024 (INAMI, 2025). Il s'agit généralement d'indépendants à temps partiel qui, outre leur activité en prison, exercent également en cabinet privé et facturent mensuellement leurs prestations au SPF Justice (KCE, 2017). C'est également eux qui décident de l'orientation éventuelle d'un détenu vers un médecin spécialiste ou d'une hospitalisation (KCE, 2017). Le rapport souligne cependant que toutes les prisons ne disposent pas d'un médecin généraliste coordinateur, et que lorsque cette tâche est confiée à un infirmier, ce rôle n'est pas officiellement reconnu (KCE, 2017).

4. Cadre légal (international, européen et belge) et distorsion

Sur le plan international, plusieurs textes fixent des standards minimaux en matière de santé en prison. Les Règles Nelson Mandela, adoptées par l'Assemblée générale des Nations unies en

2015, affirment que les détenus doivent bénéficier de soins « *au moins équivalents à ceux disponibles dans la communauté* » (ONU, 2015). De même, le Conseil de l'Europe, dans ses Recommandations sur les règles pénitentiaires européennes adoptées en 2006, rappelle que les États doivent garantir l'indépendance clinique des professionnels de santé en milieu pénitentiaire et assurer la primauté des critères médicaux sur les considérations sécuritaires (Conseil de l'Europe, 2006).

En Belgique, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient consacre le droit de toute personne à des prestations de soins de qualité. L'article 5 de cette loi prévoit que « *le patient a droit, de la part du professionnel des soins de santé, à des prestations de qualité répondant à ses besoins, sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite* » (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 5). Ce droit s'applique à l'ensemble des patients, y compris aux personnes privées de liberté. Le SPF Justice rappelle par ailleurs que « *le détenu doit pouvoir bénéficier des mêmes soins de santé que dans la société libre* » (SPF Justice, s.d.).

Malgré ces principes, plusieurs rapports et arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme ont mis en évidence des carences structurelles, notamment en matière d'accès effectif aux soins spécialisés et de respect des droits fondamentaux. Un exemple emblématique est l'affaire *Claes c. Belgique* (CEDH, 2013), dans laquelle la Cour européenne des droits de l'homme a condamné l'État belge pour avoir maintenu un détenu interné pendant plus de quinze ans dans une prison ordinaire, sans accès à des soins de santé appropriés à son état. La Cour a estimé que cette situation constituait une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, prohibant les traitements inhumains et dégradants, en raison notamment de l'absence de prise en charge médicale adéquate et de l'inadéquation du cadre pénitentiaire pour répondre aux besoins de santé spécifiques de la personne détenue. D'autres arrêts, tels que *W.D. c. Belgique* (CEDH, 2016) et *L.B. c. Belgique* (CEDH, 2012), ont confirmé ce constat en soulignant des carences structurelles dans l'organisation des soins de santé en prison, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins spécialisés, la continuité des prises en charge et l'adéquation des structures disponibles aux besoins médicaux des personnes détenues. Cette jurisprudence met en évidence le fait que le défaut d'accès effectif à des soins de santé adaptés en milieu carcéral peut, en soi, constituer un traitement inhumain ou dégradant.

Ces constats jurisprudentiels trouvent un écho dans les prises de position récentes du monde médical belge lui-même. En septembre 2025, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique du respect de la dignité humaine et de la qualité des soins de santé

dans les prisons, faisant suite à l'alerte lancée par plusieurs médecins pénitentiaires, dont le Dr Brecht Verbrugghe, qui dénonçait des manquements graves et structurels (Ordre des médecins, 2025). Le Conseil national a constaté que les droits fondamentaux des détenus en matière de soins, pourtant consacrés par la loi, font l'objet de transgressions de manière systématique. Ses recommandations portent sur quatre axes : le respect des droits du patient en contexte carcéral, l'amélioration des conditions de travail des médecins pénitentiaires, l'élaboration de lignes directrices de bonne pratique médicale en détention, et le transfert de la compétence santé du SPF Justice vers le SPF Santé publique (Ordre des médecins, 2025).

Les exemples concrets soulevés par le Dr Verbrugghe illustrent la distance entre le cadre légal et la réalité du terrain : absence de respect du secret professionnel, recours à Google Translate ou à des codétenus faute d'interprètes, agents pénitentiaires assurant la distribution des médicaments faute de personnel soignant suffisant (La Tribune, avocats.be, 2025). Le Conseil national souligne également qu'un exemple illustratif de dilemme déontologique concerne le rôle du médecin pénitentiaire dans la décision et l'exécution des mesures d'isolement, où le médecin, en raison de son double rôle en tant que médecin traitant et médecin-conseil, ne peut pas agir en toute indépendance (Ordre des médecins, 2025). Ces constats confirment que l'écart entre les principes légaux consacrés et la réalité quotidienne de l'exercice médical en prison demeure, en Belgique, une problématique structurelle non résolue.

5. Le rôle du médecin : contraintes institutionnelles, indépendance professionnelle et dilemmes éthiques

« Le médecin généraliste est le premier point de contact pour les problèmes de santé au sens large. Il ou elle a pour mission d'avoir une vue d'ensemble sur l'état de santé global de ses patients et en coordonne tous les soins nécessaires. » (Service public fédéral Santé publique, n.d.). Il exerce sa pratique dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique médicale, tels que les ont formalisés Beauchamp et Childress dans leur ouvrage de référence *Principles of Biomedical Ethics* (2019). Ces quatre principes sont la bienfaisance, qui oblige le médecin à agir dans l'intérêt du patient ; la non-malfaisance, qui lui impose de ne pas causer de préjudice ; le respect de l'autonomie, qui reconnaît au patient le droit de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ; et la justice, qui requiert une répartition équitable des soins et des ressources (Beauchamp & Childress, 2019). Le médecin est également tenu de garantir le secret médical et d'établir une relation thérapeutique fondée sur la confiance, conformément aux règles déontologiques de la profession (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2018).

Ces principes s'appliquent pleinement au médecin exerçant en milieu carcéral. Les standards internationaux rappellent que les personnes détenues doivent bénéficier de soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la communauté, et que les professionnels de santé en prison doivent exercer leur mission dans le respect des mêmes obligations éthiques et professionnelles que dans la société libre (OMS, 2014 ; Nations unies, 2015). En milieu carcéral belge, cette mission est le plus souvent assurée par un médecin généraliste, qui constitue le seul praticien de première ligne accessible aux personnes détenues, comme en attestent les données présentées dans la section 3.

L'exercice de la médecine en milieu carcéral s'inscrit cependant dans un cadre institutionnel particulier, caractérisé par la coexistence de deux logiques distinctes. La logique de soin, qui fonde la mission première du médecin, suppose que la relation thérapeutique repose sur la confiance, la confidentialité et la primauté de l'intérêt du patient. La logique de sécurité, qui découle du fonctionnement institutionnel de la prison, vise à maintenir l'ordre, prévenir les évasions et garantir la discipline. Selon Crozier et Friedberg (1977), une contrainte institutionnelle correspond à l'ensemble des règles, procédures et rapports de pouvoir qui limitent l'autonomie d'action d'un acteur au sein d'une organisation. C'est dans cet espace de coexistence entre ces deux logiques que s'inscrit la pratique du médecin pénitentiaire.

L'indépendance professionnelle constitue un principe fondamental du Code de déontologie médicale : elle garantit que le médecin doit pouvoir poser librement ses diagnostics et prescrire les traitements nécessaires sans subir de pression extérieure, qu'elle soit administrative, politique ou économique (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2018). Dans le contexte carcéral belge, cette indépendance est structurellement mise à l'épreuve par ce que la littérature désigne comme un dualisme institutionnel : sur le plan déontologique, les médecins relèvent du SPF Santé publique, qui supervise la profession médicale, tandis que dans le cadre concret de leur exercice en prison, ils sont recrutés, rémunérés et administrativement subordonnés au SPF Justice. Ce double rattachement constitue le cadre structurel dans lequel se déploie l'exercice médical pénitentiaire en Belgique.

Pour conceptualiser les tensions qui en découlent, le cadre philosophique de Paul Ricœur s'avère particulièrement éclairant. Dans *Soi-même comme un autre* (Ricœur, 1990), Ricœur distingue l'éthique de la morale en des termes précis. Il réserve le terme d'éthique à « *la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* » (Ricœur, 1990, p. 202), désignant par là une orientation fondamentale vers le bien, une aspiration à vivre conformément

à ses valeurs les plus profondes. Le terme de morale, quant à lui, désigne l'articulation de cette visée dans des normes caractérisées par leur prétention à l'universalité et leur effet de contrainte (Ricœur, 1990). La morale est ainsi ce qui traduit la visée éthique en obligations, en règles, en devoirs qui s'imposent à l'individu indépendamment de son propre jugement.

Cette distinction n'est pas simplement conceptuelle : elle rend compte d'une tension que tout professionnel soumis à des normes institutionnelles peut être amené à éprouver. L'éthique renvoie à ce que le professionnel veut faire, à ce qui lui semble juste du point de vue de ses valeurs et de son engagement envers autrui. La morale renvoie à ce qu'il doit faire, c'est-à-dire aux obligations qui lui sont imposées par des règles extérieures à sa propre appréciation. Dans une situation ordinaire, ces deux registres coïncident : ce que le professionnel veut faire correspond à ce qu'il doit faire. Mais dans des contextes institutionnels contraignants, cette coïncidence peut se rompre, produisant une tension entre la visée personnelle du bien et les exigences normatives du cadre dans lequel s'exerce l'action.

Ricœur ne s'arrête pas à ce constat. Il introduit un troisième niveau, celui de la sagesse pratique, qu'il définit comme la capacité du sujet à arbitrer, dans des situations singulières et complexes, entre les exigences de la morale et la visée éthique, lorsque ces deux registres entrent en conflit (Ricœur, 1990). La sagesse pratique n'est pas une simple application de règles : elle suppose un jugement situé, une capacité à évaluer ce qui est juste dans une situation particulière, en tenant compte à la fois des obligations morales et de la visée du bien. Elle implique une forme de délibération intérieure, un travail d'ajustement entre des principes généraux et les exigences concrètes d'une situation qui ne se laisse pas réduire à ces principes. Pour Ricœur, c'est précisément dans les situations de conflit entre éthique et morale que la sagesse pratique révèle toute sa nécessité : là où les règles ne suffisent plus à guider l'action, c'est le jugement du sujet qui doit prendre le relais, dans une posture d'humilité et de responsabilité face à l'autre (Ricœur, 1990).

Le dilemme le plus central que cette tension produit dans le contexte de la médecine pénitentiaire est celui de la double loyauté, désigné dans la littérature anglophone sous le terme de *dual loyalty*. Physicians for Human Rights (2002) définit ce concept comme la situation dans laquelle un professionnel de santé se trouve face à des obligations simultanées, explicites ou implicites, envers son patient et envers un tiers, le plus souvent l'État ou une institution, obligations qui peuvent entrer en conflit au détriment de l'intérêt du patient. Pont (2008) décrit

ce conflit comme une zone grise de la pratique médicale en prison, où le médecin est appelé à arbitrer entre des impératifs potentiellement contradictoires.

Enfin, lorsque ces tensions persistent dans le temps sans pouvoir être résolues, elles peuvent engendrer ce que la littérature en éthique médicale désigne sous le terme de souffrance éthique ou *moral distress*. Ce concept, introduit par Andrew Jameton en 1984 dans le contexte des soins infirmiers, désigne la situation dans laquelle un professionnel de santé sait ce qu'il serait juste de faire sur le plan éthique, mais se trouve empêché de le faire en raison de contraintes institutionnelles (Jameton, 1984). Jameton distingue une détresse initiale, liée à la confrontation immédiate avec la situation contraignante, et une détresse réactive, qui se développe dans le temps lorsque les situations se répètent et que leurs effets s'accumulent. Webster et Bayliss (2000) désignent ces traces durables sous le terme de *moral residue*, soulignant que chaque situation non résolue laisse une empreinte qui s'ajoute aux précédentes.

Ces cinq cadres conceptuels, à savoir les principes de Beauchamp et Childress, l'indépendance professionnelle, la distinction éthique/morale de Ricœur, la double loyauté et le *moral distress*, constitueront, dans la partie analyse, les outils d'interprétation des données recueillies auprès des médecins généralistes interrogés.

6. La réforme de la santé carcérale et les apports théoriques existants : enjeux et pertinence de la question de recherche

La réforme belge de 2019, bien que non encore pleinement appliquée, marque une étape importante dans la réflexion sur la gouvernance des soins de santé en prison. Elle s'inscrit dans la continuité des recommandations formulées par l'Organisation mondiale de la santé et le Conseil de l'Europe, qui préconisent depuis plusieurs décennies que la santé carcérale relève du ministère de la Santé plutôt que de la Justice, afin de garantir l'équivalence et l'indépendance des soins. Selon l'OMS, les services de santé en prison doivent être intégrés dans le système national de santé publique et placés sous une autorité sanitaire indépendante, condition essentielle à la confiance entre patient et médecin ainsi qu'à la qualité des soins dispensés (OMS, 2014). Le Conseil de l'Europe partage cette position et considère que la gouvernance des soins par les autorités sanitaires constitue une garantie de neutralité et de conformité déontologique (Conseil de l'Europe, 2006).

Le rapport du KCE (2017) sur les soins de santé en prison en Belgique soulignait déjà que la tutelle du SPF Justice constituait une exception en Europe et qu'un transfert de compétence vers le SPF Santé publique favoriserait une meilleure intégration dans le système de soins général.

Il recommandait expressément que la Belgique s'aligne sur les standards européens et internationaux en confiant la gestion des soins de santé carcéraux à une autorité sanitaire indépendante. Ces orientations sont également appuyées par le rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime intitulé *Good Governance for Prison Health in the 21st Century* (UNODC, 2013), qui souligne que l'intégration des soins pénitentiaires dans le système de santé publique est un prérequis à l'efficacité, à l'équité et à la transparence de la prise en charge.

La réforme de 2019 vise précisément à répondre à ces recommandations. Elle peut être analysée à travers trois dimensions principales. La première est celle de la gouvernance, qui concerne la modification du cadre institutionnel et la clarification des responsabilités entre les ministères de la Justice et de la Santé. La deuxième est celle de l'indépendance professionnelle, liée au renforcement du statut médical du médecin face à l'administration pénitentiaire et à la réduction de la subordination hiérarchique. La troisième est celle de l'éthique, qui touche à la diminution des dilemmes liés à la double loyauté, en réaffirmant la primauté du soin sur la logique sécuritaire. Une première phase concrète a été amorcée en 2023, avec l'intégration des détenus et internés comme bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire pour leurs soins dispensés en dehors des établissements pénitentiaires, assortie d'un transfert structurel de 14,2 millions d'euros du SPF Justice vers l'INAMI (News.belgium.be, 2022). Toutefois, le Conseil central de surveillance pénitentiaire estime que l'objectif d'un véritable transfert de responsabilité du ministère de la Justice vers celui de la Santé publique reste encore loin d'être atteint (Prison Insider, 2025).

L'année 2025 a été marquée par une mobilisation sans précédent du monde médical belge autour de la question de la santé en prison. En mai 2025, le Dr Brecht Verbrugghe, médecin pénitentiaire, a alerté publiquement l'Ordre des médecins et la ministre de la Justice sur des manquements graves et structurels dans la prise en charge médicale des personnes détenues, dénonçant des retards de diagnostics, des soins refusés pour des raisons logistiques, l'absence de protocoles de prévention du suicide, des atteintes au secret médical et une gestion chaotique des urgences (Prison Insider, 2025). Cette alerte a conduit le Conseil national de l'Ordre des médecins à se saisir officiellement de la problématique en septembre 2025, constatant que les droits fondamentaux des détenus en matière de soins font l'objet de transgressions de manière systématique (Ordre des médecins, 2025).

Ces développements récents confirment que six ans après l'adoption de la loi de 2019, l'écart entre le cadre légal et la réalité du terrain demeure considérable. Ils soulignent également que les tensions entre éthique médicale et contraintes institutionnelles ne constituent pas une problématique abstraite ou résolue, mais une réalité quotidienne vécue par les médecins pénitentiaires belges, dont le vécu reste à ce jour très peu documenté dans la littérature scientifique francophone.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la question de recherche de ce mémoire : « **Comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles vivent-ils les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne ?** ».

Peu d'études qualitatives se sont penchées sur le vécu subjectif des médecins dans les prisons belges. Explorer leurs perceptions, leurs stratégies d'adaptation et les dilemmes qu'ils rencontrent au quotidien permettra non seulement d'éclairer les enjeux éthiques de leur pratique, mais aussi de contribuer à la réflexion sur la mise en œuvre future de la réforme et sur les conditions nécessaires à un exercice médical conforme aux principes déontologiques en milieu carcéral.

Méthode

1. Approche générale

Le milieu carcéral reste un terrain opaque, peu accessible, et les médecins qui y travaillent parlent rarement de leur vécu. Pour donner voix à cette expérience, ce mémoire adopte une approche qualitative qui place le discours des praticiens au cœur de la démarche de recherche. Comme le souligne Kaufmann, l'entretien compréhensif consiste à « *considérer les interviewés comme des informateurs et à découvrir leurs catégories de pensée* » afin de mettre en évidence des processus sociaux que les méthodes quantitatives ne permettent pas d'atteindre (Kaufmann, 1996, p. 9).

L'objectif de ce travail n'est donc pas de quantifier ou de mesurer des phénomènes, mais de comprendre en profondeur le vécu, les représentations et les tensions éthiques rencontrés par des médecins exerçant en milieu carcéral. Les enjeux explorés, notamment les tensions entre éthique médicale et contraintes pénitentiaires, sont de nature subjective et difficilement appréhendables autrement que par le discours des personnes directement concernées.

Cette approche qualitative a permis de recueillir des données riches et ancrées dans le quotidien des praticiens, en leur laissant la liberté d'aborder les dimensions de leur expérience qui leur semblaient les plus significatives. Elle s'inscrit dans une démarche inductive : plutôt que de partir d'hypothèses préétablies, les thèmes ont été laissés à émerger progressivement à partir des discours des participants.

2. Méthode de collecte de données

2.1. Phase exploratoire

En amont de la collecte de données, une phase exploratoire a été menée afin de mieux appréhender le terrain de recherche, d'affiner la problématique et de construire le dispositif méthodologique. Cette phase s'inscrit pleinement dans l'approche qualitative adoptée et vise à contextualiser les enjeux professionnels, institutionnels et éthiques liés à la pratique médicale en milieu carcéral.

Elle a notamment compris un premier entretien exploratoire informel avec Marie Dauvrin, chercheuse au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), ayant conduit des travaux sur la santé carcérale (Dauvrin et al., 2017), qui a permis d'affiner la compréhension des enjeux du terrain et d'orienter la démarche de recherche. La participation à la Journée sur la santé en

prison, organisée le 25 novembre 2025 par l'association SES ASBL sous l'intitulé « 40 ans au service de la santé : repenser l'inclusion et combattre la stigmatisation en prison », a également constitué un temps important de cette phase exploratoire. Cet événement a donné lieu à des échanges informels avec différentes associations, professionnels de santé et acteurs institutionnels impliqués dans le champ de la santé carcérale, contribuant à une meilleure appréhension des dynamiques actuelles du terrain.

L'ensemble de ces échanges exploratoires n'a pas été intégré au corpus d'analyse, mais a joué un rôle central dans la construction du guide d'entretien, la clarification des enjeux éthiques et institutionnels, ainsi que dans l'orientation générale de la recherche.

2.2. Entretiens semi-directifs

Les données ont été collectées au moyen d'entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure menés auprès de 10 médecins généralistes actuellement actifs en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles, afin d'obtenir une compréhension ancrée dans la réalité actuelle des pratiques. Le choix de cibler des médecins généralistes, plutôt que d'autres profils professionnels, se justifie par leur rôle central dans la prise en charge quotidienne des détenus : ce sont eux qui constituent le premier et souvent le seul point de contact médical régulier pour la population carcérale, et c'est donc à leur niveau que les tensions entre soins et sécurité se manifestent de la manière la plus directe (KCE, 2017). La restriction géographique à la Fédération Wallonie-Bruxelles vise à assurer une certaine homogénéité du contexte institutionnel et linguistique.

L'entretien semi-directif a été retenu comme outil de collecte car il offre une liberté de parole relative au participant, dans un cadre défini par le chercheur, permettant ainsi d'aborder les thèmes centraux de la recherche tout en laissant émerger des éléments inattendus ou des nuances propres à chaque trajectoire professionnelle. Ce type d'entretien repose sur une question d'amorce ouverte, suivie de questions de relance destinées à approfondir les réponses et à clarifier les propos des participants.

2.2.1. Accès au terrain et recrutement

Le recrutement a été réalisé selon une stratégie combinant plusieurs canaux complémentaires, adaptée à la difficulté d'accès au terrain carcéral. Dans un premier temps, les services psychosociaux de l'ensemble des établissements pénitentiaires belges ont été contactés directement. En parallèle, des contacts ont été établis avec des psychologues, des infirmiers et

des agents pénitentiaires dont les coordonnées avaient été obtenues via différentes sources, dont l'Ordre des médecins et les directions pénitentiaires. La Journée sur la santé en prison du 25 novembre 2025, organisée par SES ASBL, a également permis de nouer des contacts directs avec des professionnels actifs dans ce champ. Des démarches ont en outre été menées via les réseaux sociaux et par des recherches internet ciblées permettant d'identifier des médecins exerçant en milieu carcéral.

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : être en train d'exercer en tant que médecin généraliste dans un établissement pénitentiaire en Fédération Wallonie-Bruxelles au moment de l'entretien, et disposer d'au moins un an d'expérience dans ce contexte.

2.2.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit sur la base des enseignements de la phase exploratoire et de la revue de littérature. Il s'organise autour de six thèmes principaux : le parcours professionnel et les raisons de l'entrée en milieu carcéral ; la pratique médicale quotidienne ; le milieu carcéral comme contexte de soins spécifique ; l'indépendance professionnelle et la position du médecin face à l'institution ; les dilemmes éthiques vécus ; et enfin le vécu personnel et la souffrance éthique ressentie dans l'exercice de cette pratique. Au fur et à mesure des entretiens, ce guide a légèrement évolué, certaines questions ayant été reformulées ou précisées pour mieux correspondre à ce qui émergeait des échanges (cf. Annexe 1 - Guide d'entretien).

2.2.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été conduits selon des modalités variées, adaptées à la disponibilité et aux préférences des participants. La plupart des entretiens se sont déroulés à distance, via Microsoft Teams, ou en présentiel dans le cabinet médical des participants. Deux entretiens ont néanmoins donné lieu à des visites sur le terrain, dans les établissements pénitentiaires eux-mêmes, qui ont enrichi la compréhension des conditions d'exercice au-delà du seul discours.

L'entretien de M8 s'est déroulé directement dans l'enceinte de l'établissement, une prison de grande taille. En raison des règles de sécurité en vigueur, l'enregistrement audio n'a pas été autorisé. L'entretien a donc été reconstitué à partir de notes de terrain prises lors de la rencontre. Ce contexte a permis une observation directe des conditions de travail de la participante : la consultation s'effectue dans un bureau ouvert sur un couloir de circulation, sans possibilité de fermer la porte, dans un environnement bruyant et peu propice à la confidentialité. La participante a par ailleurs guidé la chercheuse dans une partie de la prison, permettant

d'appréhender concrètement l'organisation spatiale de l'établissement et les contraintes logistiques pesant sur la pratique médicale.

L'entretien de M9 s'est également tenu sur place, dans un établissement de petite taille accueillant environ soixante détenus. L'atmosphère y était nettement plus intimiste, et les conditions d'exercice sensiblement différentes de celles des grandes maisons d'arrêt : le médecin consulte dans un bureau fermé, dispose d'une latitude organisationnelle importante et décrit une pratique proche de celle d'un cabinet libéral de petite commune. Cette visite a permis de saisir le contraste entre les établissements de grande et de petite taille, contraste qui s'est avéré analytiquement pertinent dans l'interprétation des données.

Pour les 10 entretiens, chaque participant a préalablement reçu un formulaire d'information et signé un formulaire de consentement éclairé, conformément aux exigences éthiques encadrant ce type de recherche. Avec leur accord, 9 entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits intégralement afin de préserver la fidélité des propos et de faciliter l'analyse. Un exemple d'entretien retranscrit est disponible en Annexe 4.

2.2.4. Présentation de l'échantillon

Les participants présentent des profils variés en termes d'ancienneté professionnelle, de modalités d'exercice et de types d'établissements carcéraux, permettant de recueillir une diversité d'expériences et de points de vue (cf. Annexe 3 - Caractéristique des établissements pénitentiaires représentés dans l'échantillon).

M1 est médecin généraliste depuis quatre ans et demi et exerce en milieu carcéral depuis le début de sa carrière. Elle intervient une demi-journée par semaine dans une maison d'arrêt et de peine de taille moyenne située en Wallonie, dotée d'une annexe psychiatrique et accueillant exclusivement des hommes, tout en poursuivant une activité libérale.

M2 est médecin généraliste depuis 2021 et travaille dans le même établissement depuis près de quatre ans, à raison d'une matinée par semaine. Il poursuit parallèlement une activité de médecine générale en dehors du milieu carcéral.

M3 est médecin généraliste depuis 2018. Après plusieurs années de pratique mixte entre cabinet libéral et consultations en prison, elle exerce désormais exclusivement en milieu carcéral en tant que médecin-coordinatrice pour trois établissements wallons : une très grande maison d'arrêt et de peine accueillant hommes et femmes, dotée d'une annexe psychiatrique et d'une

polyclinique ; une maison de peine de grande taille pour hommes ; et une maison d'arrêt et de peine de taille moyenne accueillant exclusivement des hommes, avec une annexe psychiatrique.

M4 est médecin généraliste installée en cabinet libéral depuis un an et demi. Elle intervient depuis près de deux ans dans une maison d'arrêt et de peine de taille moyenne située en Wallonie, à raison d'une demi-journée hebdomadaire.

M5 est la participante disposant de l'expérience la plus ancienne en milieu carcéral. Elle exerce depuis plus d'une décennie dans plusieurs établissements wallons, principalement des maisons d'arrêt et de peine de grande taille accueillant des hommes et disposant d'une annexe psychiatrique, avec une interruption de plusieurs années avant une reprise récente de son activité.

M6 est médecin généraliste et exerce depuis quatre ans dans deux établissements bruxellois de très grande taille : une maison d'arrêt et de peine classique accueillant exclusivement des hommes, et un village pénitentiaire récent comprenant des sections pour hommes et pour femmes, un centre de psychiatrie médico-légale ainsi qu'une section de défense sociale.

M7 est médecin généraliste exerçant depuis un an dans un Établissement de Défense Sociale (EDS), à raison de deux matinées par semaine. Cet établissement accueille environ 200 hommes internés, déclarés pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental. Son régime se situe à mi-chemin entre un établissement pénitentiaire et un hôpital psychiatrique, ce qui confère à la pratique de M7 une dimension hybride entre médecine générale somatique et suivi de patients psychiatriques de longue durée.

M8 est médecin généraliste avec une expérience professionnelle diversifiée, notamment dans le secteur associatif et l'enseignement universitaire. Elle exerce dans deux établissements wallons : une maison d'arrêt et de peine de taille moyenne accueillant hommes et femmes, et une maison d'arrêt et de peine de grande taille accueillant exclusivement des hommes, tout en maintenant une activité clinique en cabinet.

M9 est médecin généraliste retraité après une longue carrière en pratique libérale. Il poursuit une activité médicale à temps partiel dans la plus petite prison de Wallonie, une maison d'arrêt de très petite taille accueillant une trentaine de détenus masculins.

M10 est médecin généraliste depuis dix ans, avec une formation initiale en travail social qui a orienté son intérêt vers les populations vulnérables. Il exerce principalement en maison

médicale et intervient depuis deux ans dans une maison d'arrêt et de peine de taille moyenne accueillant hommes et femmes, à raison d'une demi-journée hebdomadaire.

L'ensemble des participants exercent ou ont exercé dans des établissements relevant du SPF Justice situés en Wallonie ou à Bruxelles. Tous disposent d'un statut d'indépendant et aucun n'est salarié de l'administration pénitentiaire. L'échantillon couvre une grande diversité de contextes : maisons d'arrêt, maisons de peine, établissements mixtes, annexes psychiatriques et établissement de défense sociale, dans des structures allant de moins de quarante places à plus de mille. Il comprend quatre femmes et six hommes, avec des durées d'exercice en milieu carcéral allant d'un an à plus d'une décennie. Afin de préserver la confidentialité des participants, ceux-ci sont désignés par les codes M1 à M10 tout au long de la présentation des résultats.

2.3. Analyse documentaire

La construction du cadre théorique s'est appuyée sur plusieurs sources complémentaires. Les enseignements suivis dans le cadre du master en santé publique ont constitué un point de départ, en fournissant une première familiarisation avec les concepts et auteurs centraux mobilisés dans ce mémoire. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, 2017) sur les soins de santé dans les prisons belges a également joué un rôle structurant, en offrant une cartographie précise du contexte institutionnel et organisationnel dans lequel s'inscrit la pratique médicale pénitentiaire. Des recherches approfondies ont ensuite été menées dans la littérature scientifique afin d'identifier et de sélectionner les cadres théoriques les plus pertinents au regard de la question de recherche. Les bases de données PubMed et Google Scholar ont été consultées, ainsi que des ouvrages de référence en éthique médicale, en sociologie des institutions et en philosophie morale.

Les concepts retenus ont été choisis pour leur capacité à éclairer les tensions spécifiques vécues par les médecins en milieu carcéral, notamment les principes bioéthiques de Beauchamp et Childress, le concept de double loyauté, le cadre de l'institution totale issu des travaux de Goffman, et les notions de détresse morale et de résidu moral. Ces cadres ont été présentés de manière analytique dans le cadre théorique, sans y introduire de données empiriques.

La discussion a ensuite mobilisé ce cadre théorique pour interpréter les résultats issus de l'analyse thématique. Elle a également intégré de nouveaux apports issus de la littérature, identifiés au fil de l'analyse, lorsque les données empiriques appelaient un éclairage conceptuel

complémentaire. Cette double articulation, entre cadre préétabli et apports émergents, vise à produire une interprétation à la fois ancrée dans les données et enrichie par la théorie.

3. Analyse des données

Les données issues des entretiens ont été analysées selon une analyse thématique inductive, une approche qualitative qui consiste à faire émerger les thèmes directement à partir des données, sans cadre théorique prédéfini. Les entretiens enregistrés ont d'abord été retranscrits à l'aide d'un outil d'intelligence artificielle, puis réécoutés intégralement et corrigés manuellement afin d'en garantir la fidélité.

L'analyse a débuté par une lecture approfondie et répétée des retranscriptions afin de se familiariser avec le matériau recueilli. Le codage thématique a été réalisé à l'aide du logiciel *Taguette*, un outil open source dédié à l'analyse qualitative, qui permet d'associer des codes et des catégories à des extraits de texte et de naviguer entre les entretiens de façon systématique. Au fil de ces lectures, les passages qui semblaient se répondre ou exprimer une idée similaire ont été soulignés et rattachés à un code commun, faisant progressivement émerger des thèmes. Ces thèmes se sont naturellement articulés autour des grandes questions du guide d'entretien, tout en laissant place à de nombreux éléments inattendus qui ont enrichi l'analyse.

Pour chaque thème, un tableau récapitulatif a été constitué, organisant les extraits significatifs, le médecin auquel ils se rattachent et le code analytique correspondant, permettant ainsi une comparaison systématique entre les participants (cf. Annexe 5 pour un exemple de tableau de codage). Cette démarche vise à mettre en évidence les régularités dans les discours, les points de convergence et les représentations partagées, tout en accordant une attention particulière aux divergences, aux nuances et aux points de vue minoritaires.

La thématisation continue a été préférée à la thématisation séquencée, ce qui signifie que les catégories thématiques ont été identifiées et construites progressivement tout au long de l'analyse, et non arrêtées après l'analyse du premier entretien. Cette approche, bien que plus exigeante, permet une analyse plus fine et ancrée dans la singularité de chaque entretien. L'analyse s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'une saturation suffisante des données, c'est-à-dire jusqu'au point où les nouveaux entretiens n'apportent plus de thèmes significativement nouveaux (Paillé & Mucchielli, 2008).

4. Considérations éthiques de la méthodologie

Cette recherche implique la collecte de données auprès de professionnels de santé sur des expériences potentiellement sensibles. Conformément aux obligations légales et déontologiques, chaque participant a reçu un formulaire d'information détaillé précisant les objectifs de la recherche, les modalités de participation et les droits dont il dispose, notamment celui de retirer son consentement à tout moment et de demander la suppression de ses données avant la finalisation de l'analyse (cf. Annexe 2 - Formulaire d'information et de consentement). L'anonymisation des propos a été assurée tout au long du processus, les enregistrements ayant été sécurisés et détruits après retranscription. La présente recherche a été conduite dans le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et des principes éthiques applicables à la recherche qualitative en santé.

Le cas particulier de l'entretien de M8 mérite une précision. L'absence d'enregistrement, imposée par les règles de l'établissement, a conduit à reconstituer les propos de la participante à partir de notes de terrain. Cette reconstitution a été réalisée immédiatement après l'entretien, dans un souci de fidélité maximale, et la participante a été informée de cette modalité dès le début de la rencontre.

5. Limites méthodologiques

Plusieurs limites méritent d'être signalées. Premièrement, l'accès au terrain carcéral est structurellement difficile, d'autant plus que le nombre de médecins exerçant en milieu pénitentiaire en Belgique est intrinsèquement limité : on comptait 207 médecins généralistes pour l'ensemble des prisons belges en 2017, un chiffre en diminution depuis lors et jugé insuffisant par le Comité européen pour la prévention de la torture (Prison Insider, 2025). La grande majorité d'entre eux exercent à temps partiel, ce qui réduit encore davantage la population accessible pour ce type de recherche. Malgré la diversité des canaux de recrutement mobilisés, obtenir la participation des médecins a nécessité une mobilisation importante et une démarche longue et persistante, témoignant de la réticence ou de la difficulté de ce public à se rendre disponible, probablement en raison d'une charge de travail élevée et d'une certaine discrétion propre à l'exercice en milieu pénitentiaire. Par ailleurs, ce mode de recrutement introduit un biais de sélection potentiel : les médecins ayant finalement accepté de participer sont peut-être plus engagés dans une réflexion sur leur pratique ou plus enclins à s'exprimer sur leurs difficultés que l'ensemble de leurs pairs.

Deuxièmement, la restriction géographique à la Fédération Wallonie-Bruxelles limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes linguistiques ou institutionnels du pays. La réalité des médecins exerçant en prison en Flandre ou dans la région germanophone pourrait différer sensiblement, tant sur le plan organisationnel que culturel.

Troisièmement, l'ensemble de l'analyse a été mené par une seule chercheuse, ce qui, en l'absence de triangulation inter-codeurs, peut introduire une part de subjectivité dans l'interprétation des données. Cette limite a été partiellement atténuée par une démarche réflexive maintenue tout au long du processus, qui sera développée dans la section suivante.

Quatrièmement, la méthode qualitative retenue ne vise pas la représentativité statistique et ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble des médecins pénitentiaires. Les résultats produits sont contextuels, situés et ancrés dans les trajectoires singulières des participants rencontrés, offrant une compréhension en profondeur d'un phénomène plutôt qu'une mesure de son étendue. Par ailleurs, des biais peuvent être présents dans le discours des participants, notamment une forme d'autocensure sur certains sujets sensibles.

6. Posture de la chercheuse / Réflexivité

L'intérêt pour cette problématique ne relève pas d'un constat purement théorique ou institutionnel, mais est ancré dans des expériences personnelles de terrain de la chercheuse. En tant que membre d'un kot à projet dédié aux droits humains, des visites en milieu carcéral ont permis de rencontrer directement des personnes détenues et d'échanger sur leurs conditions de vie. Plusieurs témoignages ont interpellé par leur sincérité et leur lucidité : retards médicaux, sentiment d'abandon, perte de confiance dans le système de soins, voire refus de soins par lassitude. Ces rencontres ont été enrichies par les formations dispensées par l'Observatoire International des Prisons, qui ont permis de développer une compréhension plus fine du fonctionnement institutionnel de la prison, mais aussi une sensibilité éthique face à des atteintes souvent invisibilisées.

Ce parcours personnel s'articule naturellement avec la formation suivie en master, orientée à la fois vers le management et le développement organisationnel, avec une attention particulière portée à la dimension humaine des organisations, et vers la gestion des institutions de soins. C'est précisément à l'intersection de ces deux axes que se situe ce mémoire : la prison y est appréhendée comme une institution de soins sous contrainte, traversée par des tensions

organisationnelles, hiérarchiques et éthiques qui affectent directement les professionnels de santé qui y exercent.

C'est à partir de ces expériences et de ce positionnement académique que s'est progressivement construite la question de recherche. Cette proximité avec le terrain constitue une ressource précieuse, en ce qu'elle a facilité un accès empathique aux discours des participants et une compréhension intuitive des enjeux évoqués. Elle implique cependant aussi une vigilance constante : le risque de projeter des représentations préexistantes sur les données, ou de surinvestir certains thèmes au détriment d'autres, a été pris en compte tout au long de l'analyse. Cette conscience du positionnement a guidé la démarche réflexive maintenue tout au long du processus analytique, dans le but de distinguer ce qui relève du discours des participants de ce qui relève de l'interprétation produite.

Résultats

Cette section restitue les résultats de l'analyse thématique conduite sur les dix entretiens semi-directifs réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en milieu pénitentiaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Conformément à la démarche inductive retenue (Braun & Clarke, 2006), le matériau a d'abord été codé de manière ouverte, puis les codes ont été regroupés en thèmes, eux-mêmes organisés en cinq grandes familles qui structurent la présentation qui suit. Ces familles ne constituent pas des catégories étanches : elles rendent compte d'un continuum allant des conditions concrètes d'exercice jusqu'au vécu subjectif des praticiens et à leurs aspirations de transformation.

Les extraits sont reproduits en verbatim ; ils sont, le cas échéant, raccourcis au moyen de la mention « [...] » afin d'en préserver la lisibilité sans en altérer le propos. Les participants sont désignés par les codes M1 à M10. L'entretien de M8 a fait l'objet d'une reconstruction à partir de notes, en l'absence d'enregistrement : les passages correspondants sont signalés comme non verbatim et présentés à titre indicatif.

Au total, l'analyse a permis de dégager trois cent quarante-trois extraits significatifs, répartis en quinze thèmes regroupés dans les cinq familles suivantes : le cadre de travail et ses contraintes (cent quarante-neuf extraits) ; l'exercice professionnel sous tension (septante-huit extraits) ; les dilemmes éthiques et le glissement des pratiques (trente-neuf extraits) ; le vécu et l'identité professionnelle (quarante-huit extraits) ; et les perspectives de transformation (vingt-neuf extraits). La prépondérance de la première famille traduit d'emblée un constat central : c'est d'abord à travers le prisme des contraintes que les médecins décrivent leur pratique quotidienne. Le tableau 1 présente cette structure d'ensemble ; chacune des familles est ensuite détaillée ci-après, thème par thème, en s'appuyant sur les propos des participants.

Tableau 1 : Répartition des thèmes en cinq familles et nombre d'occurrences de codes

Famille	Thème	Occurrences
Le cadre de travail et ses contraintes (149)	Contraintes institutionnelles	66
	Contexte et pratique	57
	Contraintes patientèle	26
	Secret et confiance	40

L'exercice professionnel sous tension (78)	Continuité des soins	16
	Indépendance médicale	16
	Qualité des soins	6
Dilemmes éthiques et glissement (39)	Dilemmes éthiques	18
	Glissement des pratiques	8
	Demande inadéquate	13
Vécu et identité professionnelle (48)	Vécu des médecins	39
	Sentiment de sécurité / insécurité	9
Perspectives de transformation (29)	Amélioration proposée	17
	Réforme	12
Total général		343

1. Le cadre de travail et ses contraintes

La première famille rassemble les thèmes décrivant le décor de l'exercice : comment se déroule une journée de travail, quelles contraintes l'institution impose, et quelles difficultés tiennent aux caractéristiques de la patientèle. Forte de cent quarante-neuf extraits, elle est de loin la plus dense, ce qui souligne combien le cadre matériel et organisationnel occupe une place centrale dans la manière dont les médecins se représentent leur activité.

1.1. Le contexte et la pratique quotidienne

Le premier thème, qui regroupe cinquante-sept extraits, décrit les modalités concrètes de l'exercice : temps de présence, organisation des consultations, volume de patients et profils rencontrés. La caractéristique la plus constante est le caractère partiel et fragmenté du temps de travail. La plupart des médecins n'exercent en prison que quelques heures par semaine, en complément d'une autre activité. M1 décrit ainsi son temps de présence :

« je suis le vendredi matin, donc c'est une demi-journée par semaine. Et un week-end de garde toutes les six semaines. »

Ce rythme limité se retrouve chez plusieurs participants, qui mentionnent « une demi-journée par semaine », « deux demi-journées » ou encore « trois jours par semaine », pour des durées de présence quotidienne oscillant généralement entre une heure et demie et trois heures. M10 résume cette contrainte temporelle de façon explicite :

« On n'est pas censé rester plus que ça. Il y a un peu un temps imparti. Et concrètement, je vois aller entre 15 et 20 personnes sur les trois heures. Et plus l'administratif. »

L'organisation de la journée obéit à une séquence assez stable, structurée par des obligations légales. Plusieurs médecins commencent par les cachots et l'annexe psychiatrique avant la consultation générale, comme le décrit M1 :

« Donc moi je commence toujours, on doit toujours faire d'abord une consultation à l'annexe [...]. On doit voir les cachots, donc vérifier que... [...] c'est juste vérifier qu'ils sont aptes médicalement à rester au cachot. »

Le volume de patients vus par séance est élevé et variable. M5 évoque une fourchette large, pouvant atteindre des chiffres importants :

« je vois 17-18 détenus et puis j'ai des matinées, souvent c'est quand même plus long ou je pense que mon maximum est à 36 détenus sur la matinée. »

Une caractéristique transversale de cet exercice est la contrainte de temps, qui impose des consultations souvent rapides. Le volume de patients à voir sur une présence courte réduit mécaniquement le temps disponible pour chacun. M4 exprime ce décalage en comparant explicitement sa pratique de ville et sa pratique carcérale :

« le temps, on a quand même moins de temps. Ici, quand je suis dans mes consultations en médecine générale, j'ai 20 minutes par patient. Ici, si je prends 20 minutes pour chaque détenu que je vois, j'en ai pour la journée [...]. »

M10 décrit de la même manière un temps strictement compté, qui se traduit par une cadence élevée :

« On n'est pas censés rester plus que ça. Il y a un peu un temps imparti. Et concrètement, je vois aller entre 15 et 20 personnes sur les trois heures. Et plus l'administratif. »

Cette rapidité se ressent particulièrement dans la prise en charge des problématiques psychologiques, qui demandent davantage de temps. M4 souligne cette tension :

« niveau temps, c'est beaucoup de consultations de psychologie ou psychiatrie. Et donc ça, ça prend du temps, mais on n'a pas le temps de parler 30 minutes avec eux de tout ce qui leur pose problème. »

Ce manque de temps n'est pas sans conséquence sur le ressenti des médecins. M5 exprime une forme de tristesse face à des conditions qui ne permettent pas toujours d'écouter suffisamment les patients, certaines situations pouvant se régler en quelques minutes tandis que d'autres exigeraient un temps dont elle ne dispose pas. Chez M8 (non-verbatim), cette contrainte prend la forme d'une pression de la hiérarchie sur la rapidité et l'enchaînement des patients.

L'accès au médecin passe par une demande déposée par le détenu, le plus souvent sous forme électronique. Dans la plupart des établissements, en particulier les grandes prisons, ces demandes sont triées en amont par l'équipe infirmière, qui organise le flux des inscriptions à la consultation. M10 décrit ainsi un système de messagerie interne où ce sont les infirmiers qui régulent les rendez-vous, ce qui place le médecin en bout de chaîne d'un dispositif qu'il ne maîtrise pas entièrement. Dans certains établissements, toutefois, le circuit demeure plus artisanal et direct : M9 décrit une demande sur papier qui lui parvient sans intermédiaire :

« ils remettent une demande, une demande de consultation dans la boîte aux lettres, par papier donc c'est directement à vous. Il n'y a pas d'intermédiaire. »

Cette diversité d'organisation se retrouve d'un établissement à l'autre, au point que M5 en fait une observation à part entière :

« il semble que toutes les prisons ont une façon très typique à eux de travailler. »

La temporalité de la consultation est elle aussi singulière. M2 souligne le caractère très procédurier de l'institution, qui peut paradoxalement accélérer certaines prises en charge, tout en notant que la durée demeure « ultra variable ». La logique de réponse à la demande ponctuelle, que M1 qualifie de « one-shot », s'écarte du suivi global de la médecine de famille :

« Là, on est plus dans le one-shot. Ils ont une demande, je réponds à leur demande, et puis c'est tout. »

Plusieurs participants soulignent l'absence de formation spécifique à l'entrée en fonction et un apprentissage qui se fait « sur le tas », notamment pour les sevrages. M6 va plus loin en évoquant l'absence de toute sélection à l'embauche :

« il n'y a pas de critères pour... Ils ne demandent même pas ton diplôme, tu peux commencer à travailler là sans diplôme je pense. »

Enfin, plusieurs médecins notent que la pratique se distingue de la médecine de ville par son caractère imprévisible et par la prédominance de certaines plaintes, en particulier dentaires et liées aux assuétudes. M6 résume cette imprévisibilité d'une formule frappante, parlant d'un quotidien « imprévisiblement imprévisible ». M2 rappelle par ailleurs une particularité du cadre : la cause d'incarcération n'est pas connue du médecin, dont le rôle se limite explicitement à la prise en charge médicale :

« Nous, on est là pour le prendre en charge suite à un problème médical et pour l'aider à faire face à ce problème médical durant son incarcération. »

1.2. Les contraintes institutionnelles

Avec soixante-six extraits, les contraintes institutionnelles forment le thème le plus représenté du corpus. Elles renvoient à tout ce qui, dans le fonctionnement de l'établissement et de l'administration, vient encadrer, ralentir ou empêcher l'acte médical. Cinq dimensions se dégagent, sur fond de surpopulation.

1.2.1. L'accès limité aux soins extérieurs

Les transferts vers l'hôpital sont soumis à des conditions strictes, en raison notamment du personnel qu'exige toute extraction. M2 l'exprime sans détour :

« Il ne faudrait vraiment pas qu'on doit le sortir pour aller aux urgences parce qu'on n'a vraiment pas le personnel. »

L'accès aux examens spécialisés et à l'imagerie est également entravé et plus lent qu'à l'extérieur. M4 en tire un constat partagé par d'autres participants :

« c'est sûr que l'accessibilité est limitée. »

1.2.2. La dépendance au personnel de surveillance

Le médecin ne peut voir un patient que si un agent accepte d'ouvrir la cellule et de l'amener, ce qui crée des délais et parfois des blocages. M4 décrit cette subordination logistique :

*« parfois, il faut attendre 20 minutes parce qu'il y a des mouvements de préau [...].
Et du coup, il n'y a pas assez d'agents pour amener les patients. »*

Le manque d'effectifs conduit aussi à concentrer toute l'activité sur la matinée (M5), et certains agents font comprendre au médecin que toute sortie supplémentaire alourdit leur charge déjà saturée (M2).

1.2.3. La primauté de la logique judiciaire

M3 inscrit ces difficultés dans un rapport de pouvoir entre logique médicale et logique judiciaire, la seconde primant sur la première :

« Il y a les directions qui sont pour la justice [...], qui là, est tout sur le processus judiciaire, sur lequel nous, on n'a pas d'accès. »

Cette primauté se manifeste jusque dans la décision d'envoyer un patient à l'hôpital, qui doit être négociée avec la direction et comporte une dimension budgétaire, M1 rappelant que « c'est la prison qui paye ». Certains profils, comme les détenus ayant déjà tenté de s'évader, appellent en outre des précautions sécuritaires qui conditionnent le transfert (M5).

1.2.4. Les contraintes matérielles, médicamenteuses et budgétaires

L'équipement est limité et les achats alourdis par les procédures de marché public. M3 l'illustre :

« on veut acheter un otoscope, on achète un otoscope. On a la justice et c'est la justice qui le paye. Il faut faire trois offres de prix, donc c'est un peu plus contraignant. »

M7 compare le plateau technique à celui d'un dispensaire, et M6 pointe des conditions d'hygiène défaillantes, jusqu'à l'absence de point d'eau pour se laver les mains. La prescription est elle aussi encadrée : médicaments interdits pour raisons de sécurité (M3), schémas dégressifs imposés pour les benzodiazépines (M5), et pharmacie interne limitée aux molécules essentielles, complétée par une pharmacie externe livrant sur commande (M9).

1.2.5. La lenteur administrative et l'inertie institutionnelle

M7 décrit une institution dont la pesanteur décourage toute initiative :

« le SPF Justice, c'est une machine énorme et d'une lenteur abominable où tout doit passer par quatre personnes avant que ce soit validé. »

Il insiste sur le caractère cumulatif de contraintes minimales qui finissent par paralyser tout micro-changement. Cette lenteur se retrouve dans les délais d'obtention du matériel, même accepté (M9 : « *je vais faire une demande, j'aurai ça dans trois jours* »), et dans la déprogrammation d'un scanner qu'il avait jugé urgent, signe du peu de prise du médecin sur la temporalité des soins.

1.2.6. La surpopulation comme toile de fond

Plusieurs participants relient ces contraintes à la surpopulation et au manque de personnel. M6 va jusqu'à faire de la surpopulation un motif de consultation en soi :

« le motif de consultation il est la surpopulation en soi [...] je dors par terre, je ne sais pas dormir. Ou une bagarre parce qu'ils sont en trois dans une cellule. »

Il souligne que le milieu lui-même est pathogène, du fait du stress, de la violence et de conditions de détention dégradées, constat que partage M8 (non-verbatim). M10 résume la nature même du milieu, « caractérisé par le cadre, la norme et les contraintes, par définition ». Ces contraintes pèsent jusque sur l'évaluation au cachot, que M7 décrit comme un simple « *check-up* » visant à « *vérifier que les gens respirent* ».

1.3. Les contraintes liées à la patientèle

Le troisième thème de cette famille, avec vingt-six extraits, regroupe les difficultés que les médecins rattachent aux caractéristiques de la population détenue. Trois éléments reviennent : la barrière linguistique, les conduites de consommation et de demande de médicaments, et la vulnérabilité sanitaire et psychique de cette population.

La barrière de la langue est mentionnée par plusieurs médecins comme un obstacle fréquent et chronophage. M4 la décrit comme particulièrement consommatrice de temps :

« la langue parce qu'il y en a quand même pas mal qui ne parlent pas français. Donc, ça, c'est très énergivore parce qu'on doit utiliser Google Traduction. »

La forte prévalence des assuétudes conduit les médecins à une vigilance accrue dans la prescription, certains détenus cherchant à obtenir des traitements détournés de leur usage. M2 décrit cette tension de manière imagée :

« Donc c'est une population qui aime bien consommer. Donc on va devoir être plus rigoureux sur certains titres de médicaments. »

Le détournement et le trafic de médicaments justifient des modalités de distribution particulières, comme l'explique M4 :

« il y a tellement de trafic de médicaments à la prison, que si on leur donne une boîte de médicaments, c'est sûr que ça ne va pas aller qu'à eux. »

Enfin, plusieurs participants insistent sur la morbidité élevée et la précarité de cette patientèle, cumulant troubles psychiatriques, assuétudes et pathologies somatiques. M7 décrit une population à haut risque, et M8 évoque une population marquée par la violence et de lourds problèmes de santé. Cette vulnérabilité se double parfois de conduites de pression sur le médecin, M8 rapportant recevoir régulièrement des menaces de suicide en cas de refus de prescription.

2. L'exercice professionnel sous tension

La deuxième famille, qui réunit septante-huit extraits, rassemble les thèmes touchant aux principes constitutifs de la déontologie médicale : le secret et la confiance, la continuité des soins, l'indépendance professionnelle et la qualité des soins. Le fil conducteur est que chacun de ces principes, tenu pour acquis dans l'exercice de ville, se trouve mis à l'épreuve par les spécificités du milieu carcéral.

2.1. Le secret médical et la relation de confiance

Ce thème, avec quarante extraits, est le plus développé de la famille. Il met en évidence une tension constante entre l'exigence de confidentialité et un environnement structurellement ouvert. Plusieurs médecins constatent que la confidentialité, au sens où on l'entend à l'extérieur, est difficile, voire impossible à garantir. M6 l'affirme catégoriquement :

« La confidentialité ça n'existe pas en prison, ça c'est vrai. »

Cette difficulté tient d'abord à la présence du personnel de surveillance et à la configuration des lieux. La porte de consultation reste souvent ouverte ou un agent demeure à proximité, pour des raisons de sécurité. M3 décrit ce compromis permanent :

« la porte est rarement fermée puisque l'agent qui est tenu au secret dans le couloir doit être là pour intervenir au cas où. »

La distribution des traitements par les agents constitue une autre source de fuite potentielle, que M3 reconnaît ouvertement :

« on ne peut pas dire qu'il n'y a jamais de fuite, parce que c'est vrai que les médicaments, les réglettes sont données ne fût-ce que par les agents. »

M3 en tire un constat plus général sur l'efficacité moindre du secret en détention, le médicament ne restant pas la propriété du patient comme à l'extérieur. M10 ajoute que l'agent occupe parfois une fonction administrative donnant accès aux dossiers et aux rendez-vous, ce qui élargit encore le cercle des personnes informées :

« l'agente a également un rôle pour moitié, on va dire, secrétariat administratif. Et donc, en fait, accès aux dossiers, prise de rendez-vous. »

La relation de confiance est par ailleurs marquée par une particularité du cadre : le détenu ne choisit pas son médecin. M2 décrit cette relation comme potentiellement imposée :

« les détenus perdent ce qu'on appelle le libre accès, le libre choix à leur médecin. »

Les médecins insistent toutefois sur leur position de tiers neutre, étranger à l'appareil répressif. M2 en fait un principe intangible :

« nous on n'est ni la direction, ni la police, ni quoi que ce soit. Nous on est juste là pour eux, on ne transmettra jamais rien à qui que ce soit. »

Malgré ces obstacles, plusieurs médecins soulignent qu'une relation de confiance peut se construire dans la durée, à mesure que le détenu constate que ses propos n'auront pas de conséquence sur sa situation pénale. M1 insiste sur cette étanchéité entre soin et incarcération :

« Je trouve qu'ils sont quand même conscients que tout ce qui se dit à la consultation, ça n'aura pas d'impact sur la direction, enfin sur leur incarcération. »

Cette confiance gagnée se traduit parfois par une reconnaissance forte, comme le rapporte M9 avec une certaine émotion :

« Je souris parce qu'il y a un détenu ici qui m'a dit, j'ai enfin un médecin traitant. »

2.2. La continuité des soins

Ce thème, qui compte seize extraits, met en lumière l'une des principales fragilités du système : la difficulté à assurer un suivi cohérent, tant à l'intérieur de la prison qu'au moment de la sortie. À l'intérieur, la multiplicité des intervenants et l'absence de médecin référent compliquent le suivi, comme l'illustre M1 :

« c'est quand même plus facile quand c'est un médecin qui gère. Sinon, à chaque fois, on doit redécouvrir tout le dossier de A à Z, c'est compliqué. »

La rupture la plus problématique se situe néanmoins à la sortie. Plusieurs médecins décrivent une disparition des patients, sans relais organisé. M9 résume la situation de manière abrupte concernant les traitements de sortie :

« Je ne sais pas si vous donnez justement les traitements quand ils sortent. M : Non. Donc, ils sortent vraiment sans... »

Certains médecins limitent explicitement leur rôle à la période d'incarcération, refusant d'endosser celui de médecin traitant au long cours. M10 pose cette limite :

« On ne peut pas dire qu'on fait comme si on était le médecin traitant des détenus. »

L'imprévisibilité des dates de sortie rend toute organisation de relais difficile, comme le souligne M5, pour qui l'incertitude sur le moment de la libération constitue un obstacle majeur à la mise en place d'un suivi. M6 décrit, de l'intérieur, l'épuisement que génère cette discontinuité, les suivis amorcés devant sans cesse être reconstruits :

« Tu avais plein de suivis, puis tu ne les vois pas. Puis il faut les replanifier, tu les as replanifiés, ils ne viennent pas non plus. »

Quelques dispositifs partiels existent toutefois. M3 mentionne l'accès au Réseau Santé Wallon sous réserve de l'accord du patient, ainsi que la transmission d'un dossier ou d'une ordonnance de dépannage à la sortie, à condition que le détenu en fasse lui-même la démarche. M7 décrit également une enveloppe remise au patient avec son traitement et ses antécédents, tout en relevant l'opacité inverse à l'entrée, lorsque les informations sur le parcours antérieur font défaut.

2.3. L'indépendance médicale

Avec seize extraits, ce thème révèle des positions contrastées. Certains médecins affirment une indépendance qu'ils jugent totale, d'autres la décrivent comme partielle ou en partie illusoire. M7 défend la première position :

« Moi, j'ai toujours perçu comme totale parce qu'elle est vraiment totale. Je n'ai jamais signé de contrat, moi. Donc, je ne rends des comptes à personne. »

M10 lie cette indépendance à la capacité de justifier ses décisions :

« la direction n'a aucune mainmise sur nous. Je fais ce qui me semble nécessaire, tant que je peux le justifier. »

Le statut d'indépendant est présenté par M3 comme un levier : ne pas être salarié de l'institution permet, en cas de désaccord, de se retirer. À l'inverse, M5 regrette un manque de transparence et d'informations, et M6 développe l'analyse la plus critique en introduisant la notion de double loyauté et en relativisant la portée de l'indépendance financière :

« C'est le dilemme du double loyauté. C'est beaucoup plus complexe que ça semble au premier abord. Dans le sens que, être médecin indépendant, nous on n'est pas indépendant, on est indépendant au niveau financier. »

M6 souligne en outre que les priorités de l'institution s'imposent dans les faits, par exemple l'obligation de visiter les cachots, et que cette tension n'est pas toujours perçue comme problématique par les soignants eux-mêmes.

2.4. La qualité des soins

Ce thème, plus restreint avec six extraits, oppose deux lectures. D'un côté, certains médecins reconnaissent que les soins dispensés ne peuvent égaler ceux de l'extérieur. M4 le constate simplement :

« c'est sûr que la qualité des soins n'est pas égale aux soins qu'on peut procurer dehors. »

M10 radicalise ce constat en parlant d'illusion :

« je considère que c'est une illusion d'estimer que les personnes détenues peuvent avoir les mêmes soins que si c'était à l'extérieur. »

De l'autre côté, M7 adopte une posture inverse, revendiquant de maintenir un même niveau d'exigence qu'à l'extérieur :

« c'est de sortir la prison de ses murs, moi c'est comme ça que j'essaie d'exercer, c'est de faire comme si j'étais à l'extérieur. »

Entre ces deux positions, la qualité se heurte aussi à des obstacles très concrets. M6 l'illustre à propos de l'examen d'un détenu placé au cachot : soit il faut mobiliser l'équipe d'intervention pour l'amener au cabinet, ce que les agents refusent souvent de faire, soit la consultation se déroule directement au cachot, dans des conditions d'hygiène qu'il décrit comme déplorables.

Même lorsque le détenu est conduit au cabinet, les agents restent présents parce qu'il est jugé dangereux, ce qui empêche une évaluation correcte :

« tu vas adapter ton évaluation aux exigences réelles ou pas réelles, aux lieux qui sont imposés par l'instruction. »

Cette divergence d'appréciation, entre acceptation d'une médecine dégradée et volonté de la normaliser, traverse l'ensemble du corpus et prépare les tensions éthiques abordées dans la famille suivante.

3. Les dilemmes éthiques et le glissement des pratiques

La troisième famille, avec trente-neuf extraits, constitue le cœur éthique de l'analyse. Elle réunit les conflits de valeurs auxquels les médecins sont confrontés, le risque de banalisation de pratiques dégradées, les sollicitations qui débordent le rôle de soignant, et la question du respect de la volonté du patient.

3.1. Les dilemmes éthiques

Ce thème rassemble quinze extraits. Un premier type de dilemme tient à la subordination du soin au calendrier judiciaire : plusieurs médecins rapportent devoir attendre la condamnation avant d'engager certaines prises en charge. M3 décrit cette situation comme moralement intenable :

« Il fallait attendre qu'ils soient sûrs d'être incarcérés avant de pouvoir mettre le traitement donc ça c'était éthiquement inconcevable. »

M6 généralise cette expérience en faisant du dilemme éthique une dimension permanente de l'exercice :

« Moi j'ai l'impression que chaque consultation en prison c'est un dilemme éthique permanent. »

Un deuxième type de dilemme concerne les situations de fin de vie et de réanimation imposées par la politique de l'établissement, que M7 décrit avec une grande crudité :

« quand on a un patient qui s'est suicidé il n'y a pas longtemps, la politique c'est de le réanimer. Même s'il est bleu et qu'il n'y a plus de pouls [...], on réanime les gens. Parce qu'il y a ce côté, on se couvre, tout le monde se couvre. »

Un troisième type touche à la tension entre le devoir de soin et le statut judiciaire du patient : M9 décrit la nécessité de tenir compte du contexte sécuritaire dans l'organisation des examens, certains gestes appelant des précautions particulières. Il évoque aussi un malaise éthique d'une autre nature, lié au financement par la collectivité de traitements qu'il juge non prioritaires :

« d'un point de vue éthique, ça me rend malade qu'un médicament pour un détenu qui prend ce médicament pour maigrir, que ce soit nous, la société, qui devons le payer. »

Ce témoignage est révélateur : c'est ici le médecin lui-même qui remet en question le principe d'équivalence des soins, pourtant fondamental en médecine pénitentiaire. En jugeant certains traitements non prioritaires au regard de leur coût pour la collectivité, il introduit une logique étrangère à la déontologie médicale, qui exige que les décisions thérapeutiques soient guidées par le seul intérêt du patient, indépendamment de son statut judiciaire ou de considérations financières. Ce glissement illustre comment l'environnement carcéral peut progressivement éroder certains repères éthiques, au point que la remise en cause de l'égalité d'accès aux soins vienne du praticien lui-même plutôt que de l'institution.

Enfin, M10 évoque les pathologies psychiatriques décompensées qui ne peuvent recevoir de soins adaptés du fait même de l'incarcération, situation qu'il décrit comme un point de blocage récurrent.

Un dernier type de dilemme tient au respect de la volonté du patient en milieu contraint, qui entre en tension avec le devoir de soin. M7 distingue à ce propos l'obligation de moyens de l'obligation de soins et insiste sur l'adaptation des soins à la volonté de chacun :

« Ce n'est pas de donner tous les soins qu'on peut donner, c'est de donner des soins adaptés à chaque patient, en fonction de leurs demandes, de leur philosophie, d'opinion religieuse et de leur volonté. »

M8 (non-verbatim) prolonge cette réflexion en se déclarant favorable à l'écoute de la volonté du patient et opposée à l'acharnement thérapeutique, tout en estimant que cette volonté n'est pas suffisamment entendue en milieu carcéral. Ces différents cas de figure montrent que le dilemme éthique, loin d'être exceptionnel, s'inscrit dans le cours ordinaire de la pratique.

3.2. Le glissement dans les pratiques

Ce thème, avec huit extraits, décrit un phénomène d'accoutumance et de banalisation. À force d'être confrontés à des conditions dégradées, certains médecins constatent qu'ils en viennent à accepter ce qu'ils n'accepteraient pas ailleurs. M6 en livre la formulation la plus explicite :

« tu t'habitues à ça et... Tu commences à faire des trucs que tu ne ferais pas dans un autre endroit. Il y a une sorte de banalisation de certaines mauvaises pratiques liées au milieu. »

M5 exprime une inquiétude analogue, redoutant que l'habitude n'émousse le regard critique sur des conditions qu'elle juge parfois inhumaines. M6 illustre ce glissement par des pratiques concrètes, comme des consultations menées à travers le guichet de la cellule, et par un renoncement progressif lié à l'épuisement face aux procédures :

« c'est l'effet des procédures qui sont épuisantes que après un certain temps tu ne fais plus et tu acceptes que ce n'est pas ta responsabilité. »

3.3. Les demandes inadéquates

Ce thème, avec treize extraits, regroupe les sollicitations adressées au médecin qui débordent ou détournent son rôle de soignant, émanant de la direction, des avocats ou de l'administration. M2 décrit une demande de constat émanant de la direction comme quelque chose qui ne relève pas de sa fonction. Il rapporte également une demande de prise de sang à visée non médicale, qui l'a placé dans une position inconfortable, entre la facilité technique du geste et son refus de principe. M3 évoque pour sa part la pression des avocats cherchant à obtenir des informations médicales, et résume la posture défensive que les médecins adoptent face à ces sollicitations :

« il faut recadrer et bien dire que nous, on est là pour soigner les gens. Et donc c'est dire qu'on n'a pas d'infos à donner. »

M7 rapporte une demande particulièrement problématique : produire un document concernant un patient qu'il n'avait pas véritablement examiné. M8 évoque une sollicitation du SPF visant à évaluer l'aptitude d'un détenu à être expulsé par avion, démarche qu'elle juge inhumaine et qui entraîne un arrêt des soins. Ces situations placent le médecin dans une position d'arbitre entre sa mission de soin et les attentes de l'institution.

4. Le vécu et l'identité professionnelle

La quatrième famille, avec quarante-huit extraits, aborde la dimension subjective de l'exercice : ce que les médecins ressentent, la façon dont ils se définissent professionnellement, et leur rapport à la sécurité.

4.1. Le vécu des médecins

Ce thème, riche de trente-neuf extraits, fait coexister des affects contrastés. Du côté positif, plusieurs médecins expriment un attachement réel à cette pratique, valorisée pour sa dimension sociale et son sens. M3 met en avant l'équité des soins :

« j'aime bien la médecine. De première ligne, de pouvoir apporter des soins de qualité équivalents à tous dans les milieux précaires. »

M10 dit clairement son intérêt pour ce travail, tout en reconnaissant qu'il ne pourrait sans doute pas le supporter à temps plein :

« j'adore travailler en prison. Maintenant, j'y vais trois heures par semaine. Si j'y travaillais tous les jours, je ne suis pas sûr que ce serait si facile. »

Du côté négatif domine la frustration, déclinée sous plusieurs formes. M1 évoque la frustration de ne pas pouvoir prendre le patient en charge dans sa globalité. M7 exprime un sentiment d'inutilité face à certaines obligations qu'il juge vides de sens :

« Je me sens profondément inutile, je trouve que c'est ridicule. »

Plusieurs médecins décrivent des mécanismes de protection psychique pour tenir dans la durée. M10 parle de la nécessité de se « blinder » et de prendre de la hauteur, faute de quoi l'on ne tiendrait que « trois semaines ». M5 formule une forme d'acceptation de ses limites :

« je fais ce que je peux. Et pour moi c'est très peu. C'est aussi accepter de ne pas savoir tout faire. »

M6 décrit enfin un positionnement d'opposition permanente à la norme dominante, qu'il qualifie de sécuritaire :

« tu es en opposition permanente avec ce qui est considéré comme la norme. Et la norme, c'est une norme sécuritaire. »

Il évoque également l'accumulation de situations pesantes au fil du temps et le stress propre à l'arrivée sur les lieux, qui « brouille les enjeux » d'une journée. Plusieurs participants relèvent par ailleurs la mauvaise réputation de la médecine carcérale, M2 rapportant l'idée répandue selon laquelle ceux qui y travaillent seraient ceux qui n'auraient pas d'autre choix, idée qu'il conteste fermement :

« on est là parce qu'on aime bien et qu'on a envie de faire la bonne médecine. Et on n'est pas là pour gendarmier, pour les embêter, on est là pour les soigner. »

Le travail en équipe est par ailleurs souvent vécu comme un soutien. M5 souligne la différence avec l'exercice solitaire du généraliste de ville, l'essentiel des soins techniques étant assuré par les infirmières. Cette dimension collective, lorsqu'elle existe, contribue à rendre la pratique tenable, là où l'isolement la fragilise, comme en témoigne M10.

4.2. Le sentiment de sécurité et d'insécurité

Ce thème, avec neuf extraits, nuance l'image d'un milieu uniformément dangereux. Plusieurs médecins déclarent se sentir globalement respectés. M1 le dit nettement :

« Ca ça va franchement ils sont fort respectueux. »

Le sentiment d'insécurité, lorsqu'il existe, se concentre sur des situations précises, notamment les cachots et les patients en état d'agitation. M1 mentionne la consigne de prudence reçue à propos des cachots, et M9 décrit l'intervention rapide des agents en cas de tension :

« j'ai vu que le détenu était un peu... Il pouvait devenir agressif. J'ai ouvert la porte. Il y a tout de suite deux gardiens qui sont venus. »

M8 (non-verbatim) fait toutefois exception : elle décrit ne pas toujours se sentir en sécurité, juge la disposition du cabinet peu propice à la sérénité, et qualifie les visites aux cachots de dangereuses, au point de ne jamais entrer dans les cellules ni toucher physiquement les détenus. Ce contraste illustre l'hétérogénéité des situations selon les établissements.

5. Les perspectives de transformation

La cinquième et dernière famille, avec vingt-neuf extraits, rassemble le regard prospectif des médecins : les améliorations qu'ils souhaiteraient voir advenir et leur position sur la réforme du transfert des compétences de santé pénitentiaire vers le SPF Santé.

5.1. Les améliorations proposées

Ce thème, avec dix-sept extraits, fait émerger plusieurs pistes convergentes. La plus fréquente concerne le développement de la prévention et de l'éducation à la santé, jugées insuffisantes faute de temps. M4 plaide pour un renforcement de l'éducation des détenus :

« Les éduquer plus, je pense. Je pense que ça aiderait beaucoup à... Même désengorger le milieu médical. »

M7 partage cette analyse en rappelant que le rôle du généraliste ne se limite pas à soigner des « bobos ». M5 développe le raisonnement préventif jusqu'à ses effets attendus sur la demande de soins, estimant qu'en améliorant le sommeil et en réduisant le stress, une partie des consultations deviendrait inutile. Une deuxième piste touche aux conditions matérielles d'exercice : M5 souhaiterait un local de consultation dédié plutôt qu'un couloir de passage, ainsi qu'un accès facilité au psychologue pour tous les détenus :

« je voudrais un local séparé pour faire ma consultation et pas un couloir de passage. Et pouvoir vraiment travailler comme dans une maison médicale. »

M4 réclame de son côté un allègement de la charge administrative :

« Pour la moindre chose, il faut toujours faire des papiers. Il faut des accords. [...] Donc ça, si vous pouvez réfléchir à limiter la paperasse. »

M10 met en avant la réduction de la surpopulation comme levier majeur, une plus grande fluidité d'accès aux médicaments et à la deuxième ligne, et l'anticipation de la sortie plusieurs semaines à l'avance pour préparer le relais. Il souligne également qu'une amélioration concrète a déjà eu lieu, à propos du système informatique, preuve que des évolutions positives restent possibles.

5.2. La réforme et le transfert vers le SPF Santé

Ce thème, avec douze extraits, doit être lu à la lumière d'un constat préalable : la réforme était globalement peu connue des médecins interrogés. Dans plusieurs entretiens, il a été nécessaire d'en expliquer les enjeux avant de pouvoir recueillir un avis, de sorte que les positions exprimées constituent souvent des réactions à cette information plutôt que des opinions préalablement construites. Sous cette réserve, les avis recueillis se révèlent globalement favorables au transfert des soins de santé pénitentiaires du SPF Justice vers le SPF Santé, assortis de nuances. M5 se déclare clairement en faveur de ce changement de tutelle, et M2 en attend une meilleure articulation avec le système de santé extérieur :

« il y aura moyen de... créer beaucoup plus de choses en dépendant du SPF Santé, puisque le domaine de la santé en prison s'alignera avec tout le domaine de la santé à l'extérieur. »

Plusieurs médecins associent cette réforme à un espoir d'amélioration de la continuité des soins à la sortie. M2 évoque la possibilité d'un véritable « pont » entre l'intérieur et l'extérieur. M7, qui juge gênant d'être payé par le SPF Justice, relativise toutefois la portée concrète du changement en le qualifiant de « cosmétique ». M6 insiste quant à lui sur le fait que les modalités de mise en œuvre du transfert seront déterminantes, et qu'une plus grande ouverture pourrait durablement transformer les pratiques. M9, plus en retrait, exprime surtout l'incertitude :

« je ne sais pas ce qui m'attend. »

Enfin, M10 replace la question dans une perspective historique, rappelant qu'elle est posée « depuis je ne sais pas combien de décennies » et qu'il ne lui paraît pas illogique que les soins relèvent désormais de la santé. Ainsi, les médecins décrivent une pratique pleine de contraintes aujourd'hui, et attendent les changements à venir avec prudence.

Discussion

Cette recherche visait à comprendre comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en Fédération Wallonie-Bruxelles vivent les tensions entre l'éthique médicale et les exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne. L'analyse thématique des dix entretiens a fait émerger un ensemble de constats convergents qui dépassent la simple description des contraintes pour mettre au jour la manière dont celles-ci sont éprouvées, négociées et parfois intériorisées.

Synthèse des principaux résultats

Avant d'engager la discussion proprement dite, il convient de rappeler les principaux enseignements de cette recherche.

Le premier constat est que les médecins partagent une adhésion forte au principe d'équivalence des soins, mais qu'ils se heurtent à un écart structurel entre ce principe et la réalité de l'exercice, écart particulièrement visible dans la continuité des soins et l'accès à la deuxième ligne.

Le deuxième constat porte sur l'indépendance professionnelle : revendiquée comme totale par certains, elle est décrite par d'autres comme partielle, voire illusoire, et se trouve mise à l'épreuve par le dualisme institutionnel et la fragilité du secret médical.

Le troisième constat, sans doute le plus original de ce travail, est l'existence d'un glissement progressif des pratiques, que le participant le plus réflexif du corpus nomme la naturalisation des conflits éthiques : à force d'être confrontés à des conditions dégradées, certains médecins en viennent à ne plus percevoir comme problématique ce qu'ils n'accepteraient pas ailleurs.

Le quatrième constat concerne le vécu, fait d'un attachement réel à une médecine porteuse de sens, d'une frustration récurrente et de mécanismes de protection psychique mobilisés pour tenir dans la durée.

Enfin, la réforme transférant les soins vers le SPF Santé publique est accueillie avec un espoir prudent, souvent à partir d'une connaissance partielle de son contenu.

La présente discussion organise ces résultats autour de quatre axes transversaux : l'équivalence des soins à l'épreuve du réel, la double loyauté et l'autonomie professionnelle, l'institution totale et le glissement des pratiques, et enfin le vécu, entre engagement, frustration et protection. Chaque axe met en dialogue les données empiriques avec le cadre théorique mobilisé dans la première partie de ce mémoire, tout en convoquant une littérature complémentaire qui permet

d'élargir le propos et d'affiner les interprétations proposées. Il ne s'agit pas seulement de confirmer que les médecins rencontrent des contraintes, ce que la littérature documente déjà largement, mais de comprendre comment ces contraintes sont vécues, comment elles travaillent l'identité professionnelle, et comment elles déplacent, parfois insensiblement, les frontières de ce qui est considéré comme une pratique acceptable.

1. L'équivalence des soins à l'épreuve du réel

1.1. Un principe normatif fort

Le principe d'équivalence des soins constitue le socle normatif sur lequel repose la légitimité d'une médecine pénitentiaire. Les Règles Nelson Mandela affirment que les personnes détenues doivent bénéficier de soins au moins équivalents à ceux disponibles dans la communauté (ONU, 2015), et l'Organisation mondiale de la santé inscrit cette exigence parmi les standards minimaux de la santé en prison, principe qu'elle rappelle de manière constante depuis 1993 (Bouxom et al., 2020). En Belgique, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient garantit à toute personne, sans distinction, le droit à des prestations de soins de qualité, et le SPF Justice rappelle lui-même que le détenu doit pouvoir bénéficier des mêmes soins de santé que dans la société libre.

Ce principe n'est pas seulement une norme juridique extérieure : il est explicitement repris par plusieurs participants comme une véritable boussole de leur pratique. M3 le formule comme une vocation lorsqu'elle dit aimer la médecine de première ligne et vouloir apporter des soins de qualité équivalents à tous dans les milieux précaires. M7, de son côté, fait de l'équivalence un principe actif de son exercice, qu'il résume par la formule consistant à vouloir sortir la prison de ses murs et exercer comme s'il était à l'extérieur. L'équivalence apparaît ainsi comme une valeur professionnelle constitutive de l'identité de certains médecins, et non comme une simple contrainte réglementaire subie. Cette intériorisation du principe est en soi un résultat notable : elle montre que la norme d'équivalence fonctionne, pour une partie des praticiens, comme un repère éthique mobilisé pour résister à la dégradation des conditions d'exercice.

Ce principe peut également être relu à la lumière des quatre principes de Beauchamp et Childress (2019) mobilisés dans le cadre théorique. L'équivalence des soins constitue en effet une application directe du principe de justice, entendu comme une répartition équitable des soins et des ressources indépendamment de la situation de la personne. Lorsque M3 revendique vouloir apporter des soins de qualité équivalents à tous dans les milieux précaires, elle formule très précisément ce principe de justice comme moteur de sa pratique. Mais l'équivalence engage

aussi le principe de bienfaisance, puisqu'il s'agit d'agir dans l'intérêt du patient indépendamment du contexte qui l'entoure. Le fait que ces deux principes, justice et bienfaisance, soient explicitement mobilisés par les participants sans qu'ils y aient été invités par le guide d'entretien montre que le cadre normatif de la bioéthique classique n'est pas seulement un outil d'analyse externe : il correspond à un vocabulaire moral que les médecins mobilisent spontanément pour donner sens à leur pratique.

1.2. Des freins structurels à l'équivalence

Cette aspiration se heurte toutefois à des obstacles structurels que les entretiens documentent abondamment. La surpopulation carcérale, le manque de personnel de surveillance, la pénurie de moyens et le cloisonnement avec les structures de santé extérieures limitent l'accès effectif aux soins. M6 décrit ainsi un quotidien où le motif de consultation devient parfois la surpopulation elle-même, c'est à dire le fait de dormir par terre ou les conséquences des bagarres en cellule, ce qui détourne le médecin de toute prise en charge au long cours et l'empêche d'investir dans un suivi à long terme. Ce constat n'est pas isolé : le milieu carcéral lui-même est pathogène, du fait du stress, de la violence et des conditions de détention dégradées, une observation partagée par M8 (non-verbatim). Le manque d'agents empêche régulièrement les patients d'arriver en consultation, et la discontinuité des suivis épuise les efforts entrepris.

Ces obstacles ne sont pas seulement matériels : ils touchent au cœur de la relation de soin. L'accès aux soins dentaires, soulevé par M5, illustre concrètement l'écart persistant entre le principe et la réalité, certains détenus n'ayant pas vu de dentiste depuis très longtemps. La question des soins palliatifs, évoquée par M7, montre que l'équivalence se heurte parfois à la logique même de l'institution, qui refuse que l'on meure en prison et impose des transferts vers l'hôpital, comparant l'établissement à un lieu d'où la mort doit être tenue à distance. Ces constats rejoignent ceux de la littérature, qui souligne que le principe d'équivalence demeure difficile à atteindre dans les prisons belges en raison des contraintes propres au milieu (Pont, Stöver & Wolff, 2012 ; KCE, 2017). La littérature francophone récente va plus loin en qualifiant ces écarts de discriminations systémiques, soulignant que l'inégalité d'accès aux soins en détention ne relève pas seulement de difficultés ponctuelles mais d'un fonctionnement structurel (Bouxom et al., 2020). L'écart à l'équivalence n'est donc pas un accident de fonctionnement : il est inscrit dans l'organisation même de la prise en charge.

Ces freins structurels peuvent aussi se lire comme une mise en tension du principe de non-malfaisance. Ne pas nuire, en milieu carcéral, ne signifie pas seulement éviter l'erreur médicale

: cela suppose de ne pas laisser les conditions matérielles de l'institution, promiscuité, retard d'accès aux soins dentaires ou spécialisés, produire elles-mêmes un préjudice que le médecin n'a pas causé mais qu'il ne peut empêcher. Cette forme de préjudice indirect, où le tort vient du cadre plutôt que du geste médical, échappe partiellement à la grille classique de Beauchamp et Childress, pensée pour une relation duale médecin patient plutôt que pour une relation triangulaire où l'institution s'interpose. C'est précisément cette limite du cadre bioéthique classique que le concept de double loyauté, développé dans l'axe suivant, permet de combler.

1.3. Faire comme à l'extérieur : réalité ou illusion ?

Face à cet écart, les médecins adoptent des postures contrastées qui traversent l'ensemble du corpus. D'un côté, certains revendiquent de maintenir le même niveau d'exigence qu'à l'extérieur. M7 incarne cette position lorsqu'il décrit sa manière d'exercer comme une volonté de sortir la prison de ses murs et de faire comme s'il était dehors. De l'autre, certains considèrent qu'une équivalence pleine relève de l'illusion. M10 radicalise ce constat en estimant qu'il est illusoire de penser que les personnes détenues peuvent recevoir les mêmes soins qu'à l'extérieur, tandis que M4 reconnaît plus simplement que la qualité des soins ne peut égaler celle dispensée dehors.

Cette tension entre l'idéal d'équivalence et le constat de son impossibilité fait écho à un paradoxe documenté par Fovet, Lancelevée, Wathélet, El Qaoubii et Thomas (2022) à propos de la santé mentale en détention. Les auteurs montrent que l'amélioration des dispositifs de soins en prison produit un effet ambivalent : elle rend le milieu carcéral objectivement plus vivable sur le plan sanitaire, mais elle risque, dans le même mouvement, de légitimer l'idée que la prison peut constituer un lieu de soin adéquat, alors que l'enfermement demeure, par construction, un environnement contraint et parfois pathogène, quelle que soit la qualité des soins qui y sont dispensés. Autrement dit, plus les soins progressent, plus il devient facile d'oublier que c'est le cadre lui-même, et non seulement le niveau des soins, qui limite structurellement l'équivalence.

Ce paradoxe éclaire directement la position de M10 : affirmer que l'équivalence est une illusion revient à pointer exactement ce que décrivent Fovet et al. (2022), à savoir qu'aucune amélioration des soins, aussi réelle soit elle, ne peut neutraliser le fait que le cadre carcéral lui-même reste, par construction, un environnement contraignant et potentiellement pathogène. Il permet également de nuancer la position, plus mesurée, de M4, qui se contente de constater que la qualité des soins ne peut égaler celle dispensée dehors, sans aller jusqu'à parler d'illusion. Les deux formulations décrivent le même écart structurel, mais à des degrés de radicalité différents

: là où M4 en reste au constat, M10 en tire une conclusion de principe, celle que l'équivalence, quel que soit l'effort investi, ne peut jamais être que approchée, jamais atteinte.

Entre ces deux pôles se déploie une zone grise où la qualité se heurte à des obstacles très concrets, comme l'examen d'un détenu placé au cachot que décrit M6, contraint de se dérouler dans des conditions d'hygiène déplorables ou sous la surveillance d'agents qui empêchent une évaluation correcte, le médecin devant alors adapter son évaluation aux lieux imposés par l'instruction. Cette divergence d'appréciation, entre l'acceptation d'une médecine dégradée et la volonté de la normaliser, prépare les tensions éthiques abordées dans les axes suivants. Elle traduit une difficulté de fond : l'équivalence ne se décrète pas, elle se construit dans un environnement qui en limite structurellement les conditions de possibilité.

1.4. La continuité des soins, point de rupture le plus aigu

Si l'équivalence est partout mise à l'épreuve, c'est sur le terrain de la continuité des soins qu'elle se trouve le plus nettement prise en défaut. À l'intérieur même de l'établissement, la multiplicité des intervenants et l'absence fréquente de médecin référent compliquent le suivi, M1 soulignant la difficulté de devoir redécouvrir l'ensemble du dossier à chaque fois faute d'un médecin qui gère la prise en charge dans la durée. Mais la rupture la plus aiguë se situe à la sortie. M9 la décrit sans détour, reconnaissant que les détenus sortent souvent sans traitement, et M5 insiste sur l'imprévisibilité des dates de libération, qui rend très difficile l'organisation d'un relais. M6 décrit de l'intérieur la frustration et l'épuisement que génère cette discontinuité, les suivis amorcés devant sans cesse être replanifiés pour des patients qui ne se présentent pas.

Quelques dispositifs partiels existent, comme la transmission au patient d'une enveloppe contenant son traitement et ses antécédents que décrit M7, l'ordonnance de dépannage que M9 accepte de rédiger, ou l'accès au Réseau Santé Wallon mentionné par M3, mais tous restent conditionnés à la démarche active du patient : s'il ne la fait pas, il sortira sans rien. Plusieurs médecins posent d'ailleurs une limite explicite à leur rôle, M10 refusant d'endosser la fonction de médecin traitant au long cours. Cette discontinuité fait écho à la critique adressée de longue date à l'organisation des soins, qui souligne combien la segmentation du parcours et le roulement des intervenants compromettent la qualité de la prise en charge des situations chroniques (Doucet, 2016). Elle prend toutefois en prison une acuité particulière, car la sortie marque souvent une rupture totale, sans relais organisé vers la médecine de ville. Il faut néanmoins nuancer : M3 relativise ce constat en rappelant qu'à l'extérieur aussi, dans les milieux précaires, les patients échappent au suivi par une forme de nomadisme médical, ce qui invite à

ne pas attribuer à la seule prison une discontinuité qui caractérise plus largement la prise en charge des populations vulnérables. Cette continuité défaillante constitue le point où l'enjeu de l'équivalence rejoint celui de la santé publique, puisque c'est à la sortie que se joue la possibilité d'un raccrochage durable aux soins.

2. La double loyauté et l'autonomie professionnelle

2.1. Une indépendance revendiquée

L'indépendance professionnelle constitue un principe fondamental du Code de déontologie médicale, garantissant au médecin la liberté de poser ses diagnostics et de prescrire sans subir de pression extérieure, qu'elle soit administrative, politique ou économique (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2018). Plusieurs participants affirment vivre cette indépendance comme totale. M7 défend cette position de la manière la plus nette, soulignant qu'il n'a jamais signé de contrat et qu'il ne rend de comptes à personne, se contentant d'envoyer ses factures au SPF qui le paie. M10 relie cette indépendance à la capacité de justifier ses décisions, affirmant que la direction n'a aucune mainmise sur les médecins et qu'il fait ce qui lui semble nécessaire tant qu'il peut le justifier.

M3 présente quant à elle le statut d'indépendant comme un levier stratégique : ne pas être salariée de l'institution permet, en cas de désaccord, de se retirer, ce qui rend la position plus confortable. Cette indépendance revendiquée se traduit aussi par une capacité à recadrer les sollicitations extérieures : face aux directeurs et aux avocats qui cherchent à obtenir des informations médicales, M3 rappelle fermement que le médecin est là pour soigner et qu'il n'a pas d'informations à transmettre. L'indépendance apparaît ainsi comme une ressource à la fois symbolique et pratique, que les médecins mobilisent pour préserver leur autorité clinique et tracer une frontière entre le soin et les logiques judiciaire et administrative.

Cette indépendance revendiquée peut être relue à travers la distinction que Ricœur (1990) établit entre éthique et morale. Lorsque M10 affirme faire ce qui lui semble nécessaire tant qu'il peut le justifier, il décrit très exactement l'exercice de la sagesse pratique : une capacité de jugement situé qui ne se contente pas d'appliquer les règles de l'institution, la morale au sens de Ricœur, mais qui cherche à faire coïncider cette application avec la visée éthique du bien du patient. Cette affirmation d'indépendance n'est donc pas seulement un constat de fait, c'est une revendication de posture : celle d'un sujet qui refuse de laisser la morale institutionnelle se substituer entièrement à son jugement éthique.

Ce même mouvement se retrouve chez M7 lorsqu'il affirme ne rendre de comptes à personne. Il ne s'agit pas seulement de l'absence de contrat écrit, mais de la revendication d'un espace de jugement propre, que Ricœur (1990) situe précisément entre la morale, entendue comme l'ensemble des normes imposées de l'extérieur, et l'éthique, entendue comme la visée du bien pour autrui. La sagesse pratique n'est donc pas un simple compromis entre les deux registres, elle est le travail actif par lequel le médecin les fait tenir ensemble dans une situation précise, sans pouvoir s'appuyer sur une règle générale qui déciderait à sa place. C'est ce travail, répété consultation après consultation, que M7 et M10 nomment tous deux indépendance, alors qu'il s'agit en réalité d'un exercice de jugement renouvelé plutôt que d'un statut acquis une fois pour toutes.

2.2. Une indépendance relativisée : la double loyauté

Cette indépendance revendiquée est toutefois fortement relativisée par d'autres participants, qui en révèlent le caractère partiel, voire illusoire. M6 développe l'analyse la plus critique en introduisant explicitement la notion de double loyauté. Il distingue l'indépendance financière de l'indépendance clinique et déontologique, et montre que la première elle-même est largement fictive, puisqu'un seul bailleur, le SPF Justice, rémunère le médecin. Il qualifie cette situation de fausse indépendance financière et souligne que le mot indépendance fonctionne comme un mot container, recouvrant des réalités très différentes que les acteurs confondent.

Ce constat fait directement écho au dualisme institutionnel décrit dans le cadre théorique : sur le plan déontologique, les médecins relèvent du SPF Santé publique, tandis que dans le cadre concret de leur exercice ils sont recrutés, rémunérés et administrativement subordonnés au SPF Justice. Ce double rattachement engendre le dilemme de la double loyauté, défini par Physicians for Human Rights (2002) comme la situation dans laquelle un professionnel de santé fait face à des obligations simultanées envers son patient et envers un tiers, le plus souvent l'État ou l'institution, obligations qui peuvent entrer en conflit au détriment de l'intérêt du patient. Pont, Stöver et Wolff (2012) rappellent que ce conflit est consubstantiel à l'exercice médical en détention et qu'il appelle une primauté affirmée de l'intérêt du patient sur toute autre considération. Le témoignage de M2 donne une illustration concrète de ce conflit : sollicité par la direction pour une prise de sang à visée non médicale, il se retrouve placé dans une position inconfortable, entre la facilité technique du geste et son refus de principe. Ce type de sollicitation, où le médecin est mobilisé non pour soigner mais pour répondre à une demande institutionnelle étrangère au soin, illustre concrètement la tension de double loyauté.

M6 va plus loin en relevant que le fait même que l'institution sélectionne les patients que le médecin verra suffit à démontrer les limites de l'indépendance, et que la plupart des soignants ne perçoivent pas cette tension comme problématique, ce qui constitue selon lui le véritable problème. Cette absence de perception du conflit constitue un point d'intérêt majeur : elle suggère que la double loyauté ne se manifeste pas seulement comme un dilemme vécu, mais aussi, et peut être surtout, comme un dilemme invisible que l'habitude estompe. On rejoint ici l'analyse de Foucault (1975), pour qui le pouvoir disciplinaire moderne agit d'autant plus efficacement qu'il devient invisible et que les acteurs en intériorisent les normes au point de ne plus les percevoir comme des contraintes. La double loyauté la plus préoccupante n'est donc pas celle que le médecin éprouve consciemment, mais celle qu'il ne ressent plus.

Vu sous cet angle, le dualisme institutionnel décrit par M6 correspond à ce que Ricœur (1990) nommerait une rupture entre morale et éthique : la morale, ici les règles administratives du SPF Justice, et l'éthique, la visée du bien du patient, cessent de coïncider, et le médecin est renvoyé à son seul jugement pour arbitrer entre les deux. La double loyauté, telle que la définit Physicians for Human Rights (2002), est ainsi la traduction institutionnelle concrète de ce que Ricœur décrit en termes philosophiques : une tension entre ce que le médecin doit faire et ce qu'il veut faire pour bien faire. Ce rapprochement conceptuel montre que la double loyauté n'est pas un phénomène propre au seul contexte carcéral : elle est un cas particulier, mais aigu, d'une tension structurelle que tout professionnel soumis à une institution peut rencontrer.

Il faut noter également que cette relativisation de l'indépendance touche un principe supplémentaire de Beauchamp et Childress, celui du respect de l'autonomie, mais déplacé du patient vers le médecin lui-même. M2 rappelle que les détenus perdent le libre choix de leur médecin, ce qui restreint l'autonomie du patient au sens classique du terme. Mais la double loyauté révèle que c'est aussi l'autonomie du médecin, sa capacité à agir selon son seul jugement professionnel, qui se trouve restreinte par le dualisme institutionnel. L'atteinte à l'autonomie n'est donc pas unilatérale : elle frappe simultanément le patient, privé de choix, et le soignant, dont l'indépendance clinique reste soumise à un cadre qu'il ne maîtrise pas.

2.3. Le secret médical comme révélateur de la tension

Le secret médical apparaît comme le lieu où cette tension entre logique de soin et logique de sécurité se cristallise le plus visiblement. M6 affirme catégoriquement que la confidentialité n'existe pas en prison. Cette difficulté tient d'abord à la présence du personnel de surveillance et à la configuration des lieux : la porte de consultation reste souvent ouverte et un agent

demeure à proximité pour des raisons de sécurité, comme le décrit M3, et M10 évoque un espace ouvert où circulent en permanence infirmiers, détenus et agents. La distribution des traitements par les agents constitue une autre source de fuite potentielle, que M3 reconnaît ouvertement à propos des réglettes données par le personnel, le médicament ne restant pas la propriété du patient comme à l'extérieur.

Certains médecins tentent de requalifier cette porosité en mobilisant la notion de secret médical partagé, à l'image de M5 qui considère que l'agent présent est en partie inclus dans ce secret, ou de M10 dont l'agente assure également un rôle de secrétariat administratif avec accès aux dossiers. Cette requalification illustre un travail d'ajustement par lequel les médecins cherchent à concilier une exigence déontologique avec une réalité institutionnelle qui la contredit. Elle n'est pas sans ambiguïté : en élargissant le cercle du secret pour y inclure le personnel de surveillance, le médecin rend la situation vivable, mais au prix d'un affaiblissement réel de la confidentialité. La littérature spécialisée éclaire utilement ce point. Elger et Shaw (2017) soulignent que les soignants en prison sont soumis au même devoir de confidentialité que dans la communauté, mais que les conflits d'intérêts liés à la double loyauté rendent l'équilibre particulièrement difficile à trouver. Ils recommandent que la confidentialité, loin d'être abandonnée, soit constamment défendue, position que confirme l'expérience genevoise décrite par Elger (2011), où le consentement libre et le secret doivent être protégés en permanence par les médecins et les autorités de santé elles-mêmes.

Le secret médical fonctionne ainsi comme un révélateur : il rend tangible le fait que les conditions matérielles de l'exercice échappent en grande partie au médecin et que l'autonomie professionnelle, même affirmée, s'exerce dans un cadre qui la déborde. La position de M6, qui choisit de fermer la porte tout en assumant le risque que cela représente, montre que la défense du secret est un acte volontaire et coûteux, et non une garantie offerte par l'institution. Elle confirme que l'autonomie professionnelle en prison ne se constate pas : elle se conquiert, geste après geste, contre la pente du dispositif.

3. L'institution totale et le glissement des pratiques

3.1. Le milieu carcéral comme institution totale

Pour comprendre la profondeur de ces tensions, le concept d'institution totale élaboré par Goffman (1968) s'avère particulièrement éclairant. La prison constitue un exemple paradigmatique de ce type d'institution, qui prend en charge la quasi-totalité de l'existence de ses résidents selon un règlement strict ne laissant que peu de marge à l'initiative individuelle.

Goffman souligne que les professionnels qui y travaillent sont eux aussi soumis, dans une certaine mesure, à la logique institutionnelle. Les entretiens confirment ce point : les horaires des médecins, leurs déplacements, leur accès aux patients et les conditions matérielles de leur exercice sont largement déterminés par l'organisation pénitentiaire.

M6 décrit ainsi un quotidien où le rythme de la journée n'est pas défini par l'urgence médicale mais par la gestion des risques et des transferts propres à l'institution, au point qu'un déplacement urgent vers un autre établissement prime sur l'évaluation clinique et qu'une urgence carcérale n'a souvent rien d'une urgence médicale. Ce même primat de la logique sécuritaire sur la logique clinique se retrouve chez M7, pour qui l'évaluation au cachot se réduit à un simple « check-up » visant à « vérifier que les gens respirent », une formule qui condense, comme chez M6, la manière dont l'institution redéfinit à son échelle ce que signifie « soigner ». Ce constat peut être enrichi par deux apports complémentaires. D'une part, les travaux de Sykes (1958) montrent que le pouvoir de l'institution carcérale n'est jamais total : il existe toujours des défauts du pouvoir total qui ouvrent des espaces de négociation entre l'administration et les acteurs du milieu. Le médecin pénitentiaire occupe précisément l'un de ces interstices, contraint par l'institution mais conservant une marge d'action qu'il peut choisir d'investir ou de laisser se réduire. D'autre part, l'analyse de Foucault (1975) sur le pouvoir disciplinaire éclaire la manière dont l'institution agit moins par la contrainte ouverte que par une normalisation diffuse, qui s'exerce jusque sur le corps des détenus et sur les gestes des soignants. Le corps du détenu, déjà pris en charge et contrôlé par l'institution avant toute intervention médicale, place le médecin dans une position singulière où l'acte de soin s'inscrit d'emblée dans un espace déjà façonné par le pouvoir.

Ce constat permet également d'articuler plus finement le concept goffmanien de mortification du moi, développé dans le cadre théorique à propos des personnes détenues, à la situation du médecin. Si Goffman (1968) réserve ce processus aux résidents de l'institution totale, les données recueillies suggèrent qu'une forme atténuée touche aussi les soignants : la manière dont M6 décrit le rythme de sa journée déterminé par la gestion des risques plutôt que par l'urgence clinique illustre une dépossession partielle de son propre cadre de référence professionnel, remplacé par celui de l'institution. Ce n'est pas une mortification identique à celle des détenus, dont l'ampleur et la gravité restent incomparables, mais c'est un mécanisme de même nature : l'imposition d'une temporalité et d'une logique qui ne sont pas celles du soin.

3.2. Accoutumance, banalisation et naturalisation

L'un des constats les plus marquants de cette recherche est le risque de glissement des pratiques qu'engendre cette immersion prolongée. Plusieurs médecins décrivent un processus d'accoutumance aux conditions du milieu. M5 évoque le risque de se désensibiliser à force d'être confrontée à des situations qu'elle juge parfois inhumaines, reconnaissant qu'on s'y habitue. M6 nomme ce phénomène de manière plus explicite encore en parlant d'une banalisation de certaines mauvaises pratiques liées au milieu, et en reconnaissant qu'on finit par faire des choses qu'on ne ferait pas ailleurs. Il décrit également un renoncement progressif lié à l'épuisement face aux procédures, expliquant qu'après un certain temps on ne fait plus certaines démarches et qu'on accepte que ce ne soit pas sa responsabilité. M5 illustre la même dynamique à propos des prescriptions, certaines façons de travailler finissant par devenir une seconde nature à force d'être pratiquées.

Ce glissement rejoint ce que la littérature en éthique médicale désigne par le concept de moral residue : chaque situation non résolue laisse une empreinte qui s'ajoute aux précédentes (Webster & Bayliss, 2000). Epstein et Hamric (2009) ont prolongé cette analyse en décrivant un effet de crescendo : à mesure que les situations moralement éprouvantes se répètent dans un même environnement, le résidu moral s'accumule et peut conduire à un engourdissement moral, le soignant cessant progressivement de reconnaître les situations qui appelleraient une sensibilité éthique. Ce concept donne une assise théorique précise au phénomène que théorise M6, le participant le plus réflexif du corpus, lorsqu'il décrit la naturalisation des conflits éthiques, ce moment où la tension cesse d'être ressentie comme une tension. Le danger n'est plus alors le conflit éthique lui-même, mais sa disparition du champ de la conscience professionnelle. La banalisation décrite par M6 et l'engourdissement moral décrit par Epstein et Hamric désignent ainsi un même processus, dans lequel la répétition de compromis non résolus finit par redéfinir à la baisse le seuil de ce qui est perçu comme problématique.

Cette lecture donne également une portée concrète à la distinction de Jameton (1984) entre détresse initiale et détresse réactive, cette dernière se développant lorsque les situations contraignantes se répètent et que leurs effets s'accumulent. Le verbatim de M6 affirmant que chaque consultation en prison est un dilemme éthique permanent prend, dans cette perspective, tout son sens : il ne s'agit pas de dilemmes exceptionnels mais d'une tension diffuse et continue, dont l'accumulation constitue précisément le terreau de la naturalisation. La naturalisation désigne ici le processus par lequel des situations initialement vécues comme problématiques ou éthiquement troublantes finissent par être perçues comme normales, inévitables, voire

constitutives du métier. À force de répétition, ce qui heurtait la conscience morale du praticien cesse d'être questionné et s'intègre silencieusement dans les routines professionnelles. Ce mécanisme ne traduit pas une indifférence éthique, mais plutôt une forme d'adaptation défensive face à une tension que le médecin ne peut ni résoudre ni fuir, et dont l'accumulation finit par émousser la capacité de résistance morale.

Cette lecture invite à reformuler la question de recherche initiale sous un jour nouveau. Il ne s'agit pas seulement de savoir comment les médecins vivent les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles, mais de comprendre à quelles conditions ces tensions cessent d'être vécues comme telles. Le glissement des pratiques documenté ici suggère que la naturalisation n'est pas un échec moral individuel des médecins concernés, mais l'effet prévisible d'une exposition prolongée à un cadre structurellement contraignant, exactement comme le prédit le modèle du moral residue de Webster et Bayliss (2000) prolongé par Epstein et Hamric (2009). Ce constat déplace la responsabilité de l'individu vers le système : ce n'est pas le médecin qui s'endurcit par faiblesse, c'est l'accumulation de compromis non résolus qui redessine, presque à son insu, le seuil de sa sensibilité éthique.

3.3. Résistance et opposition à la norme sécuritaire

À cette tendance à l'accoutumance répond, chez certains participants, une posture de résistance active. M6 décrit un positionnement d'opposition permanente à ce qu'il nomme la norme sécuritaire, c'est-à-dire la logique qui subordonne le soin aux impératifs de sécurité. Cette résistance se traduit par des actes concrets, comme le refus de M3 de réaliser des consultations en cellule, jugées incompatibles avec le secret professionnel, ou la vigilance que M6 maintient pour ne pas céder à la facilité des consultations expédiées à travers la fenêtre d'une porte, pratique qu'il a dénoncée dès le début de son exercice. Le refus de la réanimation systématique en fin de vie, que M7 décrit comme une politique de couverture institutionnelle où tout le monde se couvre, constitue une autre forme de résistance, consistant à réintroduire en prison une vision du soin et de la dignité venue de l'extérieur.

Mobilisée à la lumière de Ricoeur (1990), cette posture peut se lire comme un exercice de sagesse pratique, cette capacité du sujet à arbitrer entre la visée éthique de la vie bonne avec et pour autrui et les exigences normatives de l'institution, en cherchant la réponse la plus juste possible dans une situation singulière. La résistance n'est cependant pas sans coût : elle suppose une lucidité constante et une dépense d'énergie que tous ne peuvent ou ne veulent soutenir, ce qui explique que le glissement et la résistance coexistent dans le corpus, parfois chez un même

participant à des moments différents de son parcours. Cette coexistence confirme l'idée, présente chez Sykes (1958), que l'institution carcérale n'efface jamais totalement la capacité d'agir des acteurs qui la composent. Elle suggère aussi que la résistance éthique, pour être soutenable, ne peut reposer sur la seule volonté individuelle : elle appelle des espaces collectifs de réflexion et de soutien, dont l'absence apparaît en creux dans les entretiens.

4. Le vécu : entre engagement, frustration et protection

4.1. L'attachement à une médecine porteuse de sens

Au-delà des contraintes et des tensions, les entretiens révèlent un attachement réel à cette pratique, valorisée pour sa dimension sociale et son sens. M3 met en avant l'équité des soins comme moteur de son engagement, trouvant dans la possibilité d'apporter des soins de qualité aux personnes les plus précaires une raison d'être professionnelle. M10 dit clairement adorer travailler en prison, tout en reconnaissant qu'il ne pourrait sans doute pas le supporter à temps plein, le milieu étant dur et violent et exigeant un certain état d'esprit. Cet attachement témoigne d'une identité professionnelle qui trouve dans le milieu précaire une raison d'être, et qui résiste à la réduction de la médecine pénitentiaire à ses seules difficultés.

Le sens du travail apparaît ainsi comme une ressource centrale, qui permet de tenir dans un environnement éprouvant et qui distingue l'engagement choisi de la simple obligation. Cette dimension fait écho à l'idée, défendue dans la littérature en éthique organisationnelle, selon laquelle la qualité du travail clinique ne peut être dissociée de l'environnement institutionnel dans lequel il se déploie, et selon laquelle l'éthique clinique ne peut plus être pensée en dehors de la vie concrète de l'institution (Doucet, 2016). Le sens que les médecins donnent à leur engagement n'est donc pas un simple ressort individuel : il dépend aussi de la mesure dans laquelle l'organisation leur permet, ou non, d'exercer conformément à leurs valeurs. Ce sens est dès lors fragile, susceptible de s'éroder lorsque les contraintes institutionnelles deviennent trop pesantes ou que les compromis imposés entrent durablement en tension avec l'identité professionnelle. C'est pourquoi la préservation de cet engagement ne peut reposer sur la seule résilience des praticiens : elle appelle une responsabilité institutionnelle active, celle de créer les conditions organisationnelles qui permettent aux médecins d'exercer avec dignité et conformément à leurs valeurs.

4.2. Frustration et sentiment d'impuissance

Cet engagement coexiste néanmoins avec une frustration que les médecins déclinent sous plusieurs formes. M1 évoque la frustration de ne pas pouvoir prendre le patient en charge dans

sa globalité. M7 exprime un sentiment d'inutilité face à certaines obligations qu'il juge vides de sens, se décrivant comme profondément inutile face à des situations qu'il trouve ridicules. M5 formule une forme d'acceptation douloureuse de ses limites, reconnaissant qu'elle fait ce qu'elle peut et que c'est très peu, et qu'il faut accepter de ne pas savoir tout faire. Cette frustration culmine dans certaines demandes inadéquates qui débordent le rôle de soignant : la sollicitation faite à M7 de produire un document concernant un patient qu'il n'avait pas véritablement examiné, ou la demande adressée à M8 d'évaluer l'aptitude d'un détenu à être expulsé par avion, démarche qu'elle juge inhumaine et qui entraîne un arrêt des soins, placent le médecin dans une position d'arbitre entre sa mission de soin et les attentes de l'institution.

Cette tension entre l'idéal professionnel et la réalité de l'exercice correspond à ce que la littérature désigne sous le terme de souffrance éthique ou moral distress, introduit par Jameton (1984) pour désigner la situation dans laquelle un professionnel sait ce qu'il serait juste de faire mais se trouve empêché de le faire en raison de contraintes institutionnelles. Le passage de l'idéalisme à une forme de réalisme résigné que décrit M5, qui dit avoir été trop idéaliste avant une pause professionnelle et être revenue avec l'idée qu'elle fait ce qu'elle peut, illustre exactement la détresse réactive que Jameton distingue de la détresse initiale. La littérature sur la détresse morale des soignants montre d'ailleurs que cette accumulation peut conduire, à terme, à l'épuisement professionnel lorsque les conflits de valeurs ne trouvent pas d'espace de résolution (Austin et al., 2008 ; Epstein & Hamric, 2009). Le sentiment d'impuissance n'est donc pas un trait de caractère mais le symptôme d'un système qui place régulièrement le médecin devant des situations qu'il ne peut résoudre conformément à ses valeurs.

4.3. Mécanismes d'ajustement et identité professionnelle

Pour tenir dans la durée, les médecins développent des mécanismes de protection psychique. M10 parle de la nécessité de se blinder et de prendre de la hauteur, faute de quoi l'on ne tiendrait que quelques semaines. M7 décrit un état d'esprit fait d'acceptation partielle des contraintes sans adhésion, permettant de questionner les choses et de faire remonter les problématiques sans pour autant prétendre sauver le monde, et insiste sur le fait qu'un certain degré d'acceptation est nécessaire pour ne pas être submergé par la frustration. Ces ajustements ne relèvent ni de la résignation pure ni du déni, mais d'un travail identitaire par lequel le médecin redéfinit les contours de ce qu'il peut légitimement attendre de lui-même dans un tel cadre.

Le sentiment de sécurité ou d'insécurité participe également de ce vécu et module le rapport que le médecin entretient avec ses patients. La plupart décrivent des détenus respectueux, mais

M8 fait exception : elle décrit ne pas toujours se sentir en sécurité, juge la disposition du cabinet peu propice à la sérénité, et qualifie les visites aux cachots de dangereuses, au point de ne jamais entrer dans les cellules ni toucher physiquement les détenus (non-verbatim). Ces ajustements permanents dessinent une identité professionnelle spécifique au milieu carcéral, distincte de celle du médecin de ville, et marquée par la nécessité constante de négocier entre l'idéal du soin et les contraintes du lieu. Au terme de cette analyse, le vécu des médecins apparaît comme un équilibre instable entre un engagement porteur de sens, une frustration récurrente et des stratégies de protection qui leur permettent de préserver à la fois leur intégrité professionnelle et leur santé psychique. C'est dans cet équilibre, sans cesse renégocié, que se joue concrètement l'articulation entre l'éthique médicale et les exigences institutionnelles qui constituait la question centrale de cette recherche. Les médecins rencontrés ne sont ni des héros résistants à toute compromission, ni des agents passivement façonnés par l'institution : ils sont des praticiens lucides qui tiennent, tant bien que mal, dans la tension.

Conclusion et perspectives

Ces enseignements convergent vers un constat central, qui constitue la réponse la plus synthétique à la question de recherche. Les médecins pénitentiaires ne sont ni des agents passivement façonnés par l'institution totale décrite par Goffman (1968), ni des résistants héroïques opposant systématiquement leur jugement à la logique sécuritaire. Ils sont des praticiens qui exercent, consultation après consultation, une forme de sagesse pratique, un jugement situé qui cherche à faire coïncider, autant que possible, la morale institutionnelle et la visée éthique du bien du patient. Ce mémoire montre que cette sagesse pratique n'est ni gratuite ni garantie : elle a un coût, elle s'use, et elle peut, à défaut de soutien, céder la place à la naturalisation plutôt qu'à la résistance. C'est précisément parce que cet équilibre est fragile, et non parce qu'il serait acquis une fois pour toutes, qu'il mérite l'attention soutenue des instances qui organisent la santé en prison.

Cette fragilité invite à ne pas se satisfaire d'un simple constat. Si la sagesse pratique décrite ici tient sur un fil, la question qui se pose immédiatement est celle des conditions qui permettraient de l'épaissir plutôt que de l'éprouver davantage. La réforme prévoyant le transfert des compétences en matière de soins de santé pénitentiaires du SPF Justice vers le SPF Santé publique (loi du 5 mai 2019) se présente, sur le papier, comme une réponse possible à cette question. Elle promet de réaligner la gouvernance des soins carcéraux sur les standards recommandés depuis longtemps par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014) et le Conseil de l'Europe (2006), et de réduire ainsi, en théorie, le dualisme institutionnel qui nourrit la double loyauté documentée tout au long de ce mémoire.

Mais les entretiens invitent à une prudence certaine face à cette promesse. Ce qui frappe, dans le discours des médecins, n'est pas tant l'espoir ou le scepticisme que la réforme suscite, mais le fait qu'elle reste largement étrangère à leur expérience quotidienne. La réforme existe surtout comme un objet de discours institutionnel, votée, commentée, attendue, mais rarement vécue. Ce décalage entre l'ampleur du changement annoncé et sa faible prise sur le réel tel qu'il est rapporté par les praticiens constitue peut-être, en creux, la leçon la plus importante à en tirer : une réforme de gouvernance ne suffira pas à elle seule à transformer une pratique si elle ne s'accompagne pas d'une transformation concrète des conditions matérielles de l'exercice, de la relation contractuelle qui lie le médecin à son employeur, et de la primauté effective, non seulement proclamée, du soin sur la logique sécuritaire. Faute de quoi, le risque n'est pas que la réforme échoue, mais qu'elle change de nom ce qui continuera, sur le terrain, à fonctionner

de la même façon, ce qu'un participant de ce mémoire résume avec une lucidité désabusée en la qualifiant de cosmétique.

Cette prudence ne doit cependant pas se refermer sur elle-même. Elle appelle au contraire à poursuivre ce que ce mémoire n'a pu qu'entamer. Il faudrait, dans les années à venir, pouvoir suivre dans la durée ce que la réforme change réellement, ou ne change pas, à l'indépendance professionnelle et à la fréquence des situations de double loyauté, plutôt que de se contenter, comme ce travail a dû le faire, d'un état des lieux antérieur à toute mise en œuvre. Il faudrait aussi élargir le regard au-delà de la seule Fédération Wallonie-Bruxelles, pour savoir si ce qui a été observé ici, la naturalisation des conflits éthiques en particulier, est propre à un contexte institutionnel précis ou relève d'une dynamique plus générale de la médecine exercée en institution totale. Il faudrait encore entendre d'autres voix que celles des médecins, les infirmiers, les psychologues, et surtout les personnes détenues elles-mêmes, dont le silence dans ce mémoire n'est pas un choix mais une limite, et qui seules pourraient dire si ce que les médecins nomment secret partagé se vit, de l'autre côté de la relation de soin, comme une garantie ou comme une brèche. Il faudrait enfin observer, presque en temps réel, la manière dont un jeune médecin entrant en fonction voit son seuil de sensibilité éthique se déplacer, pour comprendre non seulement que la naturalisation existe, mais comment elle s'installe.

Cette exigence de suite ne concerne pas seulement la recherche. Elle concerne aussi, plus immédiatement, la pratique elle-même. Si la sagesse pratique documentée ici tient au prix d'un effort individuel constant, alors la première responsabilité de toute institution qui organise le soin en prison est de ne pas laisser cet effort reposer sur le seul praticien. Cela suppose des choses très concrètes, un lieu de consultation qui protège réellement le secret médical plutôt que de le suspendre à la présence d'un agent dans le couloir, une charge administrative qui laisse place au temps clinique, une continuité des soins pensée dès l'entrée en détention plutôt qu'improvisée à la sortie. Mais cela suppose aussi quelque chose de moins matériel et sans doute de plus décisif : des espaces où ce que les médecins vivent seuls, consultation après consultation, puissent enfin se dire à plusieurs. Rien, dans les dix entretiens qui composent ce mémoire, ne laisse penser que de tels espaces existent aujourd'hui. Leur absence n'est peut-être pas un oubli, mais le signe que l'institution n'a pas encore pris la mesure de ce qu'elle demande, sans le nommer, à ceux qui soignent en son sein.

C'est peut-être là que se loge la portée véritable de ce mémoire, au-delà de son objet immédiat. Il ne s'agit pas seulement de documenter les difficultés d'une profession peu visible, ni de

plaider pour telle ou telle disposition pratique. Il s'agit de rappeler qu'aucune indépendance professionnelle n'existe dans l'absolu, qu'elle se construit, se négocie et s'épuise dans un cadre concret, et que la question n'est alors plus seulement de savoir comment les médecins vivent ces tensions, mais de savoir ce qu'une institution, quelle qu'elle soit, doit à ceux qu'elle charge de tenir, seuls, la limite entre ce qu'elle exige et ce que le soin requiert.

Bibliographie

Aujoulat, I. (s.d.). *WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives* [notes de cours]. UCLouvain, Faculté de santé publique.

Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M., & Bergum, V. (2008). The balancing act: Psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 89-97.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8e éd.). Oxford University Press.

Bouxom, S., Gabriel, T., & Liébart, S. (2020). Santé en milieu pénitentiaire, des discriminations systémiques. *Médecine*, 16(7), 317-321.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Cardon, P., Cobbaut, M., Colard, M., Devos, M., Martin, C., Meunier, L., Moens, K., Poncelet, A., Roland, M., Sibille, C., & al. (2025, 27 mai). *La santé en prison, un enjeu pour nous toutes et tous* [carte blanche]. Le Soir / fédabxl asbl. <https://fedabxl.be/fr/2025/05/carte-blanche-la-sante-en-prison-un-enjeu-pour-nous-toutes-et-tous/>

Conseil de l'Europe. (2006). *Recommandation Rec(2006)2 du Comité des Ministres aux États membres sur les règles pénitentiaires européennes*. <https://rm.coe.int/16806ab9b6>

Conseil de l'Europe. (2024). *Report to the Belgian Government on the visit to Belgium carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)*. <https://www.coe.int/en/web/cpt>

Conseil de l'Europe. (2024). *SPACE I – Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe*. <https://www.coe.int/fr/web/prison/-/increasing-overcrowding-in-european-prisons>

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2018). *Code de déontologie médicale*. <https://ordomedic.be/fr/code/>

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2025, 12 septembre). *Recommandations déontologiques pour le respect de la dignité humaine et de la qualité des soins de santé dans les prisons*. <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/detenus/recommandations-deontologiques-pour-le-respect-de-la-dignité-humaine-et-de-la-qualité-des-soins-de-santé-dans-les-prisons>

Cour européenne des droits de l'homme. (2012, 2 octobre). *L.B. c. Belgique* (requête n° 22831/08).

Cour européenne des droits de l'homme. (2013, 10 janvier). *Claes c. Belgique* (requête n° 43418/09).

Cour européenne des droits de l'homme. (2016, 6 septembre). *W.D. c. Belgique* (requête n° 73548/13).

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil.

Doucet, H. (2016). Quelle éthique organisationnelle pour les établissements de santé et services sociaux ? *Équilibre*, 11(1), 16-23.

Elger, B. S. (2011). Prison medicine, public health policy and ethics: The Geneva experience. *Swiss Medical Weekly*, 141, w13273.

Elger, B. S., & Shaw, D. M. (2017). Confidentiality in prison health care – A practical guide. Dans B. Elger, C. Ritter, & H. Stöver (dir.), *Emerging issues in prison health* (p. 183-200). Springer.

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.

Fovet, T., Lancelevée, C., Wathélet, M., El Qaoubii, O., & Thomas, P. (2022). *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30838.pdf>

Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Éditions de Minuit.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.

Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.

KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé). (2017). *Soins de santé dans les prisons belges* (KCE Reports 293Bs) (M. Dauvrin, V. Lorant, & J. Detollenaere, aut.). <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/soins-de-sante-dans-les-prisons-belges>

La Tribune – Avocats.be. (2025). *État de santé de la santé en prison* [entretien avec Brecht Verbrugghe]. <https://latribune.avocats.be/fr/etat-de-sante-de-la-sante-en-prison>

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. du 26 septembre 2002. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>

Meeus, P., Swine, B., Declercq, K., & Beauport, D. (2025). *Consultations et visites en médecine générale : analyse de la répartition de la pratique médicale en volumes et en dépenses par patient et par assuré en Belgique pour l'année 2024*. INAMI, Service des Soins de Santé.

News.belgium.be. (2022). *Réforme des soins pénitentiaires : intégration dans l'assurance maladie obligatoire*. <https://news.belgium.be/fr/reforme-des-soins-penitentiaires-integration-dans-lassurance-maladie-obligatoire>

Observatoire international des prisons (OIP) Belgique. (2020, 7 avril). *Parc carcéral et conditions matérielles*. <https://www.oipbelgique.be/thematiques/parc-carceral-et-conditions-materielles/>

Observatoire international des prisons (OIP), section française. (2024). *Rapport d'activités 2023*. <https://oip.org/wp-content/uploads/2024/06/rapport-activites-oip-2023-vweb-3.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prisons et santé*. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Physicians for Human Rights & University of Cape Town. (2002). *Dual loyalty and human rights in health professional practice*. <https://phr.org/our-work/resources/dual-loyalty-and-human-rights-in-health-professional-practice/>

Pont, J. (2008). Ethics in research involving prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 4(4), 184-197.

Pont, J., Stöver, H., & Wolff, H. (2012). Dual loyalty in prison health care. *American Journal of Public Health*, 102(3), 475-480.

Prison Insider. (2025). *Belgique : les prisons en 2025*. <https://www.prison-insider.com/fichepays/belgique-2025>

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.

Service public fédéral Justice. (s.d.-a). *Chiffres annuels 2023 – Établissements pénitentiaires*. https://justice.belgium.be/fr/publications/chiffres_annuels_2023_etablissements_penitentiaires

Service public fédéral Justice. (s.d.-b). Soins de santé.
https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/vivre_en_prison/soins_de_sante

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (s.d.). Médecin généraliste.
<https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/professions-sante/acces-aux-professions-soins-sante/medecinsdentistes/medecin-generaliste>

Sykes, G. M. (1958). *The society of captives: A study of a maximum security prison*. Princeton University Press.

UNODC. (2013). *Good governance for prison health in the 21st century*. Office des Nations unies contre la drogue et le crime. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/good_governance_for_prison_health.pdf

UNODC. (2015). *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/18-07461_F_Ebook.pdf

Webster, G., & Bayliss, F. (2000). Moral residue. Dans S. Rubin & L. Zoloth (dir.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine* (p. 217-230). University Publishing Group.

Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien

Le tableau suivant présente le guide d'entretien utilisé lors des rencontres avec les participants, structuré autour des six thèmes principaux abordés.

Thème	Questions principales	Relances possibles
Ouverture : Présentation, objet de la recherche, modalités d'enregistrement et de confidentialité, feedback, consentement éclairé		
Parcours professionnel Entrée en milieu carcéral	Pouvez-vous vous présenter et me parler brièvement de votre parcours professionnel ?	- Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ? - Qu'est-ce qui vous a amené·e à travailler en prison ?
Pratique médicale quotidienne En milieu carcéral	Comment décririez-vous votre pratique médicale quotidienne en milieu carcéral ?	- Quels types de problématiques rencontrez-vous le plus souvent ? - Comment s'organise l'accès aux soins ? - Disposez-vous des moyens nécessaires pour assurer des soins de qualité ?
Le milieu carcéral Contexte de soins spécifique	En quoi le cadre carcéral influence-t-il votre manière de pratiquer la médecine ?	- Principales contraintes liées à l'organisation pénitentiaire ? - Par rapport aux conditions de détention ? - Impact des impératifs de sécurité sur la qualité des soins ? (secret médical) - Effet sur la relation médecin-patient (confidentialité, consentement, confiance) ?
Indépendance professionnelle Position du médecin	Comment percevez-vous votre indépendance professionnelle en tant que médecin en prison ?	- Liberté dans les décisions médicales ? - Influence de la dépendance au SPF Justice ? - Pressions explicites ou implicites ressenties ?
Dilemmes éthiques Tensions morales	Êtes-vous confronté·e à des dilemmes éthiques dans votre pratique en prison ?	- Conflit entre intérêt du patient et demande institutionnelle ? - Exemples concrets de situations difficiles ? - Gestion des atteintes à la confidentialité ou au

		consentement ? - Stratégies développées pour faire face à ces tensions ?
Vécu personnel Souffrance éthique	Comment vivez-vous personnellement votre pratique au quotidien ?	- Répercussions émotionnelles ou professionnelles ? - Sentiment de souffrance éthique ou morale ? - Ressources mobilisées pour y faire face ?
Réforme et perspectives SPF Justice → SPF Santé publique	Avez-vous entendu parler du projet de réforme transférant les soins du SPF Justice vers le SPF Santé publique ? Qu'en pensez-vous	- Opinion sur cette réforme ? - Améliorerait-elle l'indépendance médicale ? - Changements concrets attendus dans la pratique ? - Conditions pour garantir l'équivalence des soins ?
Clôture : Question de clôture, aspects non abordés à ajouter, souhait de recevoir une synthèse des résultats, remerciements		

Annexe 2 - Formulaire d'information et de consentement

Le document suivant est le formulaire d'information et de consentement remis à chaque participant préalablement à l'entretien.

Titre de la recherche : Comment les médecins généralistes exerçant en milieu carcéral en FWB vivent-ils les tensions entre éthique médicale et exigences institutionnelles dans leur pratique quotidienne ?

Chercheuse : Emilie Noël – Master en Santé publique, UCLouvain

Sous la supervision de : Alain Loute (promoteur)

Objectif : Cette recherche est réalisée à des fins académiques. Elle vise à comprendre le vécu des médecins exerçant en prison, notamment les dilemmes éthiques et les contraintes institutionnelles.

Participation :

- Entretien individuel de 45 à 60 min.
- Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour assurer une retranscription fidèle.
- Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou arrêter l'entretien à tout moment.

Confidentialité :

- Vos propos seront anonymisés.
- Les enregistrements seront sécurisés et détruits après la recherche.

Droit : Vous pouvez demander à consulter ou retirer vos données à tout moment avant la finalisation de l'analyse.

Consentement

Je soussigné(e) _____

☐ Ai pris connaissance des informations ci-dessus et comprends que ma participation est volontaire.

☐ Autorise l'enregistrement audio de l'entretien.

☐ Accepte de participer à cette recherche.

Lieu et date : _____

Signature : _____

Annexe 3 - Caractéristiques des établissements pénitentiaires représentés dans l'échantillon

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques des établissements pénitentiaires représentés dans l'échantillon, établi par établissement plutôt que par participant lorsque plusieurs établissements sont concernés.

Partici pant	Établissement	Type d'établissement	Taille	Population accueillie	Particularités
M1	Établissement A	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes	Annexe psychiatrique
M2	Établissement A	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes	Annexe psychiatrique
M3	Établissement B	Maison d'arrêt et de peine	Très grande taille	Hommes et femmes	Annexe psychiatrique ; polyclinique
M3	Établissement C	Maison de peine	Grande taille	Hommes	—
M3	Établissement D	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes	Annexe psychiatrique
M4	Établissement E	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes	—
M5	Plusieurs établissements	Maisons d'arrêt et de peine	Grande taille	Hommes	Annexe psychiatrique
M6	Établissement F	Maison d'arrêt et de peine classique	Très grande taille	Hommes	—

M6	Établissement G	Village pénitentiaire (récent)	Très grande taille	Hommes et femmes	Centre de psychiatrie médico-légale ; section de défense sociale
M7	Établissement H	Établissement de défense sociale (EDS)	Environ 200 places	Hommes internés	Régime mixte : entre établissement pénitentiaire et hôpital psychiatrique
M8	Établissement I	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes et femmes	—
M8	Établissement J	Maison d'arrêt et de peine	Grande taille	Hommes	—
M9	Établissement K	Maison d'arrêt	Très petite taille (environ 30 places)	Hommes	Plus petite prison de Wallonie
M10	Établissement L	Maison d'arrêt et de peine	Taille moyenne	Hommes et femmes	—

Annexe 4 - Exemple d'entretien

Les mentions permettant d'identifier l'établissement pénitentiaire, d'autres établissements cités par le participant, ainsi qu'un détail d'âge, ont été anonymisées ou généralisées, conformément à l'engagement de confidentialité pris envers les participants et les institutions concernées. Le contenu substantiel de l'entretien n'a pas été modifié.

E : L'enregistrement a démarré, mais déjà est-ce que tu peux me présenter, enfin te présenter et présenter ton parcours professionnel de manière générale ?

M : Oui, alors, donc, que dire ? Moi j'ai... j'ai... mon parcours en fait. En fait, là, j'ai la quarantaine. Je suis généraliste depuis... Enfin, je suis médecin depuis 2016. Donc, ça fait 10 ans, cette année, que je travaille en médecine générale. En comptant l'assistanat, qui pour moi a duré deux ans. Et en fait, au départ, j'avais fait des études de travail social. Donc, je n'ai jamais travaillé en tant que travailleur social. J'ai fait ça comme formation au départ. Et puis, j'ai fait des études de médecine. Et puis, je travaille comme généraliste depuis 10 ans. Et j'ai toujours fait de la médecine générale. J'ai beaucoup bougé. C'est-à-dire que j'ai travaillé à Bruxelles pendant 6 ans. 5 ans. Et ça fait environ cinq ans que je travaille dans cette région-ci. Et essentiellement en maison médicale. Et alors, j'ai commencé à travailler en prison il y a deux ans.

E : Et comment vous vous êtes retrouvé justement en prison, enfin dans ce milieu-là ?

M : C'est du bouche à oreille. Donc en fait, j'ai simplement reçu un... J'ai vu passer une fois un mail d'une des médecins qui travaillait dans cet établissement et qui cherchait des médecins parce qu'il y avait un sous-effectif.

E : Ok, et donc de par votre première formation sociale, ça vous a... ça vous a aussi parlé ?

M : Oui je ne sais pas si ça a un lien direct mais en tout cas c'est quelque chose qui m'intéresse qui m'intéressait en tout cas quand j'ai vu passer cette demande là directement ça m'a intéressé en fait ce qu'il y a c'est que j'aime bien avoir une activité un peu différente de ce que je fais tous les jours. Et je fais ça déjà depuis un petit temps. Ici, c'est la prison. Mais avant ça, je travaillais dans un centre d'accueil, dans un centre résidentiel pour adultes handicapés. Voilà. Mais je suis intéressé en médecine générale par... Les thématiques, je suis intéressé par la santé mentale, les assuétudes. Et voilà, ça, c'est des problématiques qu'on retrouve beaucoup en milieu carcéral.

E : Et comment vous décririez votre pratique quotidienne en milieu carcéral quand vous vous rendez à vos journées ? Je ne sais pas combien de jours par semaine vous travaillez là-bas.

M : Donc, c'est une demi-journée par semaine. Le système, en tout cas ici, c'est que... Il y a une consultation tous les jours. En fait, a priori, c'est comme ça dans les prisons. Il y a une consultation tous les jours et un médecin présent tous les jours, normalement, y compris le samedi et le dimanche et les jours fériés. Donc, ce qu'il y a, c'est que ça, c'est plus un système de garde. Enfin, on va sur place, mais c'est les situations urgentes qui ne peuvent pas attendre la consultation du lundi qui sont vues. Il y a toutes les personnes entrantes, donc les nouveaux et les nouvelles détenues qui doivent être vues dans les 24 heures, qui sont aussi vues pendant les week-ends. Et les situations que le staff infirmier estime devoir être vues avant la consultation. Donc... C'est les infirmiers et les infirmières qui organisent la consultation. Les détenus font des demandes via un système de messagerie interne.

E : Et c'est via papier ou c'est électronique ?

M : Les demandes de consultation sont électroniques. Donc c'est un... Le détenu... Je vais dire l'homme parce qu'il y a une majorité d'hommes, font une demande par message commun, mais en fait environ, plus ou moins, en disant voilà, moi j'ai ceci, je veux être inscrit à la consultation. Et c'est les infirmiers et les infirmières qui gèrent ce flux de demandes et qui organisent les consultations en sachant que c'est jamais le jour même, parce qu'il y a trop de demandes.

E : Ok. Et vous avez plus ou moins combien de consultations ? Par jour, quand vous y allez, donc par matinée ?

M : Alors, moi je reste trois heures. Au départ, le SPF prévoit que la consultation médicale, théoriquement, dure deux heures par jour. Dans les faits, moi je reste plus et c'est ok. C'est autorisé, entre guillemets, on a eu un retour du SPF qui a dit que c'était OK pour trois heures. On n'est pas censé rester plus que ça. Il y a un peu un temps imparti. Et concrètement, je vois aller entre 15 et 20 personnes sur les trois heures. Et plus l'administratif.

E : Et l'administratif, elle vous prend autant de temps qu'en milieu libre, ou moins, ou plus ? Est-ce que c'est un frein, justement, en termes de contraintes de temps, ou pas ?

M : Oui, alors... Oui, à dire si c'est plus ou moins qu'en pratique normale... Habituellement, je dirais que c'est probablement moins, parce qu'en fait, que ce soit les infirmiers, les infirmières, ou bien l'agent(e) qui est attachée au service médical et qui fait aussi du travail administratif, font

beaucoup le travail administratif. Ici, par exemple, dans la maison médicale, personne ne fait. Donc, enfin moins en tout cas, moins.

E : Et en termes de temps de consultation, vous avez, vous considérez que vous avez assez de temps pour avoir des consultations de qualité avec chaque patient ou vous êtes un peu serré ?

M : Non, c'est impossible. Donc en fait, déjà, en voyant... Alors, il y a des médecins qui travaillent plus vite que moi. Donc ça, le rythme de travail, c'est toujours variable. Et si on regarde même, on va dire, même 15 personnes en 3 heures, ça fait une moyenne de 5 par heure. 5 par heure, ça fait 12 minutes. Tout compris. En sachant qu'on doit aussi... Donc ça, imaginons si on reste dans l'infirmerie, mais on doit aussi aller en cellule dans tout un tas de situations. Je ne sais pas si ça a de l'intérêt, mais je pourrais détailler si tu veux. Mais donc, tout ça, ça prend du temps. Mais donc, disons, une moyenne, ça permet, en fait, de gérer une demande, une demande déjà, enfin, on va dire maximum deux, mais si la personne arrive avec quatre, c'est impossible. et après en milieu libre on peut aussi dire qu'on traite pas 4 demandes c'est pas ça mais c'est pour dire que avec ce temps là tu pars au plus pressé donc tu gères ce qui doit être géré c'est vraiment compliqué d'aller en profondeur.

E : Et est-ce qu'en terme justement de flux du patient vous avez toujours vos patients qui sont là à temps pour justement ne pas créer des temps d'attente où parfois ça peut arriver qu'il y ait des trous entre les patients parce que le patient n'est pas arrivé, qu'il y a un problème avec les agents.

M : Oui bien sûr, il y a plein de contraintes, donc c'est un milieu qui est caractérisé par le cadre, la norme et les contraintes, par définition. Et donc, par exemple, tous les matins il y a l'appel, donc les détenus sont appelés. C'est une période de plusieurs minutes où il ne peut pas y avoir de mouvement. Et donc, les détenus ne peuvent pas se rendre à l'infirmerie. Ben voilà, ça c'est... Et donc, en fait, si je reste... Trois heures, c'est de porte à porte. C'est vraiment quand j'entre, quand je sors de la prison, c'est trois heures. Mais il n'y a pas trois heures effectives de consultation pour ces raisons-là.

E : Et quand vous dites que vous allez parfois en cellule, ça se passe comment, dans quelles conditions et dans quels cas que vous devez sortir du cabinet ?

M : Alors, il y a les demandes médicales urgentes pour des patients qui leur arrive quelque chose qui fait qu'ils ne peuvent pas se rendre à l'infirmerie. Ça, c'est une chose. Et puis après, il y a toutes les exigences procédurières, c'est-à-dire que les détenus qui sont, dans le jargon, punis, c'est-à-dire qui ont une sanction disciplinaire pour l'une ou l'autre raison, en fonction du régime de sanction, doivent être vus tous les X temps par le médecin sur place. Et donc, il y en a qui doivent être... Et en fonction du temps de la sanction, par exemple, si ça dépasse 15 jours, etc., etc., tout ça est très codé, la visite doit se faire tous les X temps. Et donc ça, on doit se rendre sur place. Et on doit se rendre sur place parfois pour se faire dire que le détenu ne veut pas nous voir.

E : Et ça, en termes de déontologie médicale, vous le percevez comment ? Ces contraintes, on va dire, judiciaires ?

M : Pour moi, ce n'est pas une question déontologique, mais une question logistique et organisationnelle. C'est hyper contraignant et pour nous, c'est hyper chiant. Parce que... Donc, imaginons, en fonction du type de sanction, les déduits doivent être vus une fois sur la semaine. Mais il y en a 12. Par exemple, soit on se les répartit, mais ça, c'est des infirmiers qui gèrent, soit on décide que ce jeudi, c'est les 12 qui vont être vus parce que c'est plus facile en une fois, machin, machin. Eh bien, je ne sais pas, sur les 12, il y en a peut-être 6 qui vont dire... Moi, en fait, je n'ai pas besoin de médecin aujourd'hui. Et donc là, on s'est déplacé, on a mobilisé un agent, parce qu'on doit être accompagné par un agent ou une agente, pour ouvrir la porte, pour demander, est-ce que vous souhaitez voir le médecin ? Oui, non, ah non, ok, on repart. Donc ça, c'est du temps perdu. Et moi, par exemple, j'imaginerais qu'on puisse demander, depuis l'infirmerie, aux agents qui sont sur section, de demander pour au moins savoir chez qui ça vaut la peine d'aller. Mais ça, en fait, on n'est pas couverts médico-légalement.

E : Et concrètement, votre rôle dans le fait d'aller voir des détenus, je ne sais pas si on peut appeler ça au cachot, je ne sais pas si c'est à ça que vous rapportez.

M : Le cachot, c'est encore autre chose. Le cachot, c'est... Il n'y a plus... Il y a plus que deux sortes de sanctions. Disons que le cachot, c'est une sanction plus importante dans le sens où le détenu est sorti de sa cellule habituelle pour aller dans ce qu'on appelle une cellule nue, CN, cellule nue, ça c'est le cachot en fait. Et là, il est isolé. où elle est isolée. Et donc là, eux par exemple, les cachots, ils doivent être vus tous les jours.

E : Oui c'est ça, ça on en a parlé plusieurs fois, on me l'a rapporté. Mais alors, quand vous dites sanctions disciplinaires, que vous devez aller les voir une fois par semaine, c'est dans leurs cellules à eux ?

M : Oui. Et ça, ils ne peuvent pas sortir de leurs cellules, mais ils restent quand même dans leurs cellules. Oui, en fait, c'est une sanction dans le sens où... Mais en fait, les sanctions, c'est la direction qui les décide et ça peut se décliner de plein de façons. Et d'ailleurs, moi, je n'ai pas nécessairement les détails, ça ne m'intéresse pas vraiment. Mais je ne sais pas, moi, restrictions d'accès aux préaux, enfin, toutes les choses comme ça. Et donc, mais la personne est dans sa cellule. Mais ça peut être trois semaines, un mois.

E : Et donc, vous, votre rôle, à ce moment-là, c'est... Il est lequel ?

M : C'est de répondre à l'éventuelle demande médicale du détenu.

E : Ok, c'est ça. Donc c'est vraiment plus une consultation. C'est pas parce que... Donc il y a d'autres médecins qui disaient que dans les cachots, c'était plus pour dire oui ou non, il est en état de rester au cachot au final.

M : Ça, c'est une question qui peut nous être posée éventuellement. Alors ça, c'est un avis médical qu'on donne. C'est un exemple de ce qu'on pourrait faire. Et ça, c'est effectivement... Il y a aussi des surveillances spéciales. Par exemple, je ne sais pas moi, suite à une tentative de suicide, par exemple, il va y avoir une surveillance spéciale avec caméra, etc. Et là, on va pouvoir devoir aller vérifier l'état psychologique, psychiatrique de la personne et éventuellement donner un avis sur est-ce que la surveillance spéciale médicale peut être levée.

Ça, ce n'est pas un agent qui va décider. Et d'ailleurs, parfois, c'est le psychiatre, ce n'est pas le généraliste.

E : Et ça, justement, vous arrivez à trouver votre place et votre rôle de médecin généraliste et psychiatre ? Est-ce qu'il n'y a pas parfois des rôles qui se mélangent ?

M : Pas plus qu'ailleurs. Disons qu'on tente, enfin je crois, en tout cas moi je tente de référer vers le psychiatre des situations plus compliquées qu'on ne parvient pas à gérer, comme on travaille en médecine générale de manière habituelle. Comme mon confrère a d'ailleurs avec d'autres spécialistes. Maintenant, ça peut être aussi à la demande des gens. Ils se disent, moi, je souhaiterais voir le psychiatre. Après, on peut discuter si on trouve ça justifié. Ils sont inscrits sur une liste d'attente et voilà, c'est géré comme ça.

E : Et donc ça, pour voir des spécialistes, que ce soit psychiatre ou dentiste, etc., est-ce qu'ils doivent toujours passer par vous ? Ou alors, ils peuvent s'inscrire en dehors de vos prescriptions ?

M : Non, non, c'est pas libre. Il faut faire une demande d'abord au service médical. Ce qui permet un certain filtre. En soi, ça, c'est pas inintéressant. Mais le psychiatre vient sur place. Le dentiste aussi, les kinés aussi. Ça, c'est des soins qui peuvent être faits sur place.

E : Et est-ce que sur place, vous considérez que vous disposez des moyens nécessaires pour assurer des soins de qualité en termes aussi infrastructures, matériel médical ?

M : De manière générale, je considère que c'est une illusion d'estimer que les personnes détenues peuvent avoir les mêmes soins que si c'était à l'extérieur. Ça, c'est un leurre, ça n'existe pas. Il y a trop de contraintes. Déjà, s'il faut regarder au niveau infrastructure... Oui, il y a un cabinet de consultation qui est correct au niveau du matériel, mais il y a la base. Après, si on a un truc spécifique à faire, on peut l'amener. Mais il y a aussi sur place une partie, je pense à l'accès aux médicaments, par exemple. Ce n'est pas comme à l'extérieur. Pourquoi ? Parce qu'il y a une pharmacie sur place avec un nombre de médicaments forcément restreint. Et puis si on fait une prescription, c'est deux fois par semaine que la pharmacie délivre les médicaments. Donc moi, je viens le jeudi. La fois d'après où l'entraînement chronique peut changer, c'est le dimanche. Alors après, il y a moyen de bypasser ça si jamais il y a quelque chose de plus urgent. Mais alors, il faut passer par la pharmacie, téléphoner et on peut se faire livrer. Mais ce n'est pas si simple. C'est possible. Mais voilà.

E : Et justement, en termes de contraintes, vous dites qu'il y a plusieurs contraintes à la qualité de soins. Vous savez m'en dire d'autres que médicaments ? Et si vous avez des exemples de contraintes où vous êtes souvent confrontés.

M : La contrainte, la pression sur le service médical, dans le sens où quand je dis moi j'en vois 15, mais aujourd'hui sur la liste il y avait 36 inscrits. Je ne sais pas voir la moitié, donc tout ça c'est des personnes qui vont être reportées. Moi je n'arrive jamais, enfin très rarement à la fin de la liste qui a été prévue. Alors après, il y a des généralistes dans leur cabinet qui sont débordés. Ça, c'est une réalité aussi, c'est pas propre à la prison. Mais à partir du moment où tu pars au plus pressé, tu traites le plus urgent, tu ne vas pas en profondeur. On sait très bien que quand on travaille comme ça, on prescrit plus l'anxiolitique, on prescrit parce qu'on n'a pas la

possibilité d'aller plus loin. Après, il y a bien le service des deux détenus, où il y a un accès à des consultations avec des psychologues, par exemple. Ça existe, ce n'est pas impossible. Mais bon, il faut aller travailler avec un état d'esprit. C'est plus de se dire, je vais faire ce que je peux. C'est ça.

E : Et donc, vous êtes plus dans la réponse à la demande de l'instant. Est-ce que vous arrivez aussi à avoir une certaine continuité des soins avec des patients qui ont des problématiques plus chroniques ou c'est plus compliqué ? C'est vraiment du one-shot ?

M : C'est beaucoup plus compliqué. C'est beaucoup plus compliqué. Ça, c'est quelque chose qu'un médecin traitant peut faire. Mais là, on n'est pas... On ne peut pas dire qu'on fait comme si on était le médecin traitant des détenus.

E : Et quand vous parlez de contraintes, est-ce que vous avez également des contraintes plus sécuritaires liées au cadre carcéral. Est-ce que vous, par exemple, c'est un bête exemple, mais est-ce que vous consultez la porte ouverte ou fermée, aussi au niveau du secret médical ?

M : C'est limite évidemment parce que tout est ouvert, il y a du passage tout le temps, il y a 3-4 infirmiers, infirmières qui vont et viennent, il y a des détenus dans le couloir, il y a l'agente, etc. Alors ces portes peuvent être fermées, mais dans les faits, pareil, ça c'est pas le cas, il faut être plus vigilant que dans ton cabinet pour que ça ce soit respecté.

E : Et est-ce que vous vous êtes déjà senti en insécurité en consultation et c'est pour ça que vous laissez les portes ouvertes ou c'est plus ancré dans la pratique de tous et donc c'est comme ça que ça se fait ?

M : En insécurité ? Oui, c'est arrivé rarement, mais parce qu'en fait, il y a beaucoup de violence et d'agressivité, ça c'est propre au milieu aussi, donc c'est un système général qui est caractérisé par la violence. Maintenant, ici, c'est arrivé, j'ai eu tout ça... Deux ou trois exemples en tête. Bon, voilà, une fois, le gars a juste complètement pété un plomb. Et d'ailleurs, il y a eu un rapport qui a été fait à la direction, et voilà. Et une autre fois, ça, c'est parce qu'il y a eu une faille dans la procédure. Normalement, il y a toujours un agent ou une agente dans le service à l'infirmerie. Et là, c'était un week-end. Et voilà, il s'est avéré qu'il n'y avait pas d'agent et que le gars a commencé à être, enfin bref, agressif. Et donc, l'infirmière et moi, on ne s'était pas sentis à l'aise, c'est sûr. Mais il y aurait dû avoir un agent.

E : Et justement, cette présence d'agent, vous, sur le plan du secret médical... Vous le visualisez comment pour vous c'est nécessaire et donc il y a un secret médical partagé, je ne sais pas...

M : Oui, oui, je pense que c'est nécessaire. Et je crois, parce qu'en plus, comme je disais tout à l'heure, l'agente a également un rôle pour moitié, on va dire, secrétariat administratif. Et donc, en fait, accès aux dossiers, prise de rendez-vous, etc. Et donc, pour moi, ici, il doit y avoir, en tout cas... Pour une part, un accès à des informations et donc une certaine part de secrets médicaux à partager.

E : Et donc ça, c'est une agente qui a accès à ces dossiers administratifs ?

M : Elle a accès aux dossiers, oui.

E : Et donc ça, c'est vraiment une agence, elle est reliée à la sécurité, on va dire ?

M : Oui, mais elle est détachée au service. Elle travaille tous les jours. Elle ne fait que ça. Elle est là pour la sécurité ou l'administratif ? Ou les deux ? Les deux. Et pour continuer un peu dans le même sujet... Je ne sais pas exactement à quelles données elle a accès. C'est possible qu'il y ait un accès restreint, qu'elle n'ait pas accès à tout. Il faut juste qu'elle ait accès au minimum nécessaire pour pouvoir faire son truc.

E : Et en termes justement de relations avec médecins, patients, comment ça se passe, vous, avec vos patients ? Est-ce que vous arrivez à créer cette relation de confiance ?

M : Oui, cette relation de confiance. Pas d'autres mots. Pareil, c'est plus compliqué. C'est plus compliqué, pourquoi ? Parce qu'on doit aller vite. Parce que les détenus ne choisissent pas qui ils viennent voir. Ils ne peuvent pas dire, ça s'est bien passé avec un tel, moi je veux venir le jeudi. Ça, c'est pas comme ça que ça se passe.

E : Donc ça, c'est impossible, vous prenez pas en compte les demandes personnelles ?

M : Elles sont pas prises en compte, non. C'est... non. C'est... voilà, tu t'inscris à la visite médicale. On va faire en sorte que tu puisses être vu dans un délai raisonnable, mais tu ne vas pas pouvoir choisir quel jour. Donc, voilà, imaginons... Alors, sauf si moi je le demande. Par exemple, je vois quelqu'un et je veux faire un suivi deux semaines plus tard parce que, voilà, je ne sais pas, pour une raison ou une autre, moi j'ai mis un truc en place et je veux avoir un regard dessus, je demande à ce qu'il soit inscrit à ma consultation deux semaines après. Ça oui, je peux, oui, c'est possible.

E : Ok, donc c'est plus dans votre demande à vous qu'aux patients. Et justement, comment vous percevez-vous votre indépendance professionnelle en tant que médecin en milieu carcéral ?

M : Dans quel sens de l'indépendance ?

E : Dans le sens de, est-ce qu'il y a une influence de la dépendance par exemple au SPF Justice ? Est-ce que vous sentez que vous n'avez pas toujours le libre choix dans vos diagnostics ou dans vos prescriptions ? Ou dans le fait d'envoyer un détenu faire un examen en dehors de la prison, plus dans ce sens-là ? Plus de dépendance à l'administration en tant que telle de la prison ?

M : Non, non, non, l'administration, la direction n'a aucune main mise sur nous. Je fais ce qui me semble nécessaire, tant que je peux le justifier. Je n'ai jamais eu de remarques sur quoi que ce soit de la part de la direction. Et donc ça, il n'y a pas de problème. même après... Voilà, le service médical est en contact avec la direction pour justement se mettre d'accord sur certaines règles. Et parfois il faut discuter. Et j'ai un bel exemple, c'est sur les portes des cellules, il y a un petit... pour pouvoir faire passer des choses, voir, etc. Ça s'appelle le guichet. Et là, il y a souvent des soucis de communication avec la direction parce que les détenus nous demandent de pouvoir ouvrir ce truc pour raison médicale et tout le monde se renvoie la balle. Ils font une demande à la direction qui renvoie un service médical. Enfin bref, c'est un petit détail, mais c'est quand même important parce que ça, par exemple, ça parasite très fort les consultations. Donc, c'est ce genre de petite règle de fonctionnement. On doit parfois se remettre d'accord

pour savoir qui fait quoi. Mais si jamais, moi, j'estime qu'au niveau médical, il y a quelque chose qui est nécessaire, qu'il faut le faire... Au-delà des contraintes, par exemple, je voudrais que telle personne aille voir un spécialiste à l'hôpital, eh bien, il va falloir quand même organiser le transport, tout ça dépend de la police, machin, machin. Évidemment, il y a des impondérables, mais oui, je suis libre dans le cadre, je suis libre, tu vois.

E : C'est ça. Oui, c'est ça, vous pouvez le faire, c'est juste une question de logistique et après de prise en charge. Mais vous n'avez jamais été refusé de quoi que ce soit dans votre pratique ?

M : Non, maintenant tu t'auto-limites. Et ça, je reviens parce qu'on n'a pas été peut-être au bout de ce point-là. Est-ce qu'au niveau qualité des soins, après l'accès aux médicaments, c'était un autre exemple que j'avais en tête, c'est l'accès à la deuxième ligne. donc la deuxième ligne, les spécialistes en hôpital ou pas d'ailleurs, mais souvent c'est en hôpital. Je vais réfléchir à deux, voire trois fois, avant de demander un avis, que je demanderai éventuellement plus rapidement ici. Pourquoi ? Parce que... Par exemple, ça nous a été renvoyé de la part de certains spécialistes que c'était très contraignant pour eux parce que le détenu doit être accompagné par des agents, par des policiers, etc. C'est le bordel à l'hôpital, machin, machin. Et donc, en fait, indirectement, tu vas faire en sorte de ne pas recevoir de nouveau ce genre de retour. Et alors, tu vas te dire, OK, bon, ce détenu-là, c'est plus ou moins quand sa sortie. parce que je voudrais qu'il puisse se faire enlever tel truc, c'est quoi, c'est dans un délai de six mois ? Bon, ok, on va essayer d'attendre sa sortie. Alors que quelqu'un qui est ici, je l'enverrai plus vite. Maintenant, ça reste, entre guillemets, médicalement raisonnable, sinon je ne le ferais pas. Mais ce n'est pas pareil, tu vois.

E : Oui, mais justement, est-ce que vous avez déjà été confronté, comme vous me dites là, à des dilemmes éthiques ? Là, comme vous venez de me dire, avec le fait qu'un détenu devait aller voir un spécialiste et que vous regardiez sa date de sortie, est-ce que vous avez déjà été confronté à d'autres dilemmes éthiques dans votre pratique ? Vous savez que vous pourriez mieux faire, mais vous avez d'autres contraintes à côté qui font que c'est moins possible ?

M : Oui. Oui, alors quand je parle de données de sortie, en fait, je ne les connais pas. Ce n'est pas une information, déjà, que je demande et que l'on n'a pas accès. Ce n'est pas notre truc, mais bon, ça peut être un ordre d'idée. Voilà. Oui, mais par exemple, par rapport à des situations de personnes, mais ça, c'est le système carcéral en général qui est en cause. C'est, par exemple, des détenus qui n'ont manifestement rien à faire là. Et qui sont dans des... Ce qui est très fréquent en milieu carcéral, c'est les problèmes de consommation et les problèmes psychiatriques. Donc ça, ça revient très souvent. Donc tu as des personnes qui ont des pathologies psychiatriques complètement décompensées, qui dégénèrent et qui ne peuvent pas recevoir des soins corrects parce qu'elles sont incarcérées pour des motifs, et ça de nouveau j'en sais rien et ça ne me concerne pas. Et c'est là toute la question, est-ce que... Et alors, est-ce qu'il faut des ailes de soins psychiatriques, à la fois carcérale et psychiatrique, mais rassemblées ? Ça existe, mais bon, pas ici. Et donc là, quand tu es... Là, tu te dis, je vais juste essayer de faire en sorte que la personne ne va pas se pendre, et puis voilà. Donc, c'est compliqué.

E : Et vous me disiez aussi, vous aviez des femmes dans votre... Dans votre établissement, il y a des femmes ?

M : Oui, environ 10%.

E : Et ça, vous le gérez de la même manière ? Vous avez les mêmes... Les femmes viennent autant en consultation que les hommes ou c'est séparé ? L'organisation, elle se passe comment ?

M : Non, c'est exactement le même système et la consultation est mélangée. C'est une prison qui est un peu intermédiaire, c'est pas en haute sécurité ou quoi. Et donc, je pense qu'en liberté de mouvement, possibilité de se croiser, donc c'est assez, c'est pas que c'est lâche, mais c'est pas non plus ultra strict comme ça pourrait l'être ailleurs. Par contre, il y a un quartier femme, donc il y a une aile spécifique, donc ça, c'est un autre bâtiment. Mais pour la consultation médicale, la salle d'attente est commune, c'est juste que pour une question pratique, les femmes vont être appelées en même temps par exemple, mais ça fait croiser les hommes et voilà, le système elle-même, c'est juste que forcément, vu qu'elles sont dix fois moins, on les voit moins.

E : Et vous, en tant que médecin, vous vivez comment votre pratique au quotidien ? Vous arrivez dans quel mindset quand vous arrivez en prison ? Comment vous ressortez en termes plus émotionnels ?

M : Moi, j'adore travailler en prison. Maintenant, j'y vais trois heures par semaine. Si j'y travaillais tous les jours, je ne suis pas sûr que ce serait si facile. Ce n'est pas facile. C'est un milieu qui est dur et violent. Et donc, nécessairement, il faut avoir un certain intérêt pour... Il faut avoir une certaine envie d'aller là-dedans quand même. Mais bon, je crois que si jamais tu intègres un petit peu les contraintes, sans nécessairement les accepter bêtement. Tu peux questionner des choses, faire remonter des problématiques. La discussion est possible. Mais disons qu'il faut quand même être dans un certain état d'esprit. Par exemple, je vais essayer de faire ce que je peux, je ne vais pas sauver le monde ici. Ça dépend de l'état d'esprit dans lequel toi tu te mets. Mais voilà, il ne faut pas se leurrer. Si par exemple, si je ne supportais pas le principe et toutes ses contraintes, je serais plus frustré. Il y a un certain degré d'acceptation. Ça ne change rien à ce que je peux penser du système carcéral de manière générale. Mais en attendant, on essaie de faire un travail qui soit respectueux et digne pour les gens qui sont là et qui doivent avoir un accès aux soins. Donc tu vois, tu es drivé par ça. Après, tu ne vas pas effacer le cadre. Ça, ce n'est pas possible.

E : Ok, super. Et pour terminer, est-ce que vous avez entendu parler de la réforme des soins de santé en milieu carcéral qui a été votée en 2019 concernant le transfert des soins de santé du SPF Justice au SPF Santé publique ? Je ne sais pas si vous avez entendu.

M : Oui, ça, c'est un éternel... C'est une éternelle question. Oui. Parce que ça va donner... Il faudrait que ce soit le SPF Santé Publique qui s'occupe des soins.

E : Donc, oui, c'est ça. J'allais vous demander, vous, un peu, votre avis. Déjà, si vous la connaissiez. Et votre avis sur cette réforme.

M : Moi, ce que je ne connais pas, c'est cette date-là, ce que je sais, c'est que c'est une question qui est bien... qui est là depuis je ne sais pas combien de décennies, et que comme ça, je reconnais beaucoup plus que ça, ça ne me paraît pas illogique que la question des soins soit reversée dans la compétence des soins. Donc oui, a priori, ça ne me paraît pas bête.

E : Et vous, si vous aviez quelque chose à faire remonter ou une solution mais une indication pour améliorer justement la qualité des soins en milieu carcéral vous diriez quoi ?

M : Alors en fait il y a plusieurs choses mais c'est que tu vois un des problèmes par exemple c'est la surpopulation carcérale. Tu vois, c'est aussi pour ça qu'on a plein, plein de demandes. Parce qu'il y a plein, plein de gens. Et ça, c'est quelque chose qui est un ressort qui nous dépasse complètement. Mais bon, donc, ce qu'il nous faudrait aussi, c'est un peu un corollaire, c'est plus de temps. Alors voilà, de nouveau, est-ce que c'est organisable ? C'est le SPF Justice qui nous paye. Donc il y a une question budgétaire aussi. J'imagine que si on nous demande de venir deux heures et pas trois, ce n'est pas pour rien non plus. Ce n'est pas parce qu'ils estiment qu'en deux heures, on sait faire notre travail. Si je leur dis que je vois la moitié de ma liste, je ne suis pas le plus lent non plus. J'imagine qu'il y a des contrats budgétaires comme partout, ce que je peux comprendre. Donc avoir plus de temps, évidemment, ce serait intéressant. Avoir plus de flexibilité en termes d'accès aux médicaments et à la parapharmacie aussi, de tout ce qui est traitement en fait, une fluidité plus importante avec la deuxième ligne aussi. Ça, c'est toutes des choses qui nous aiderait. Et alors, de manière très concrète au quotidien de comment se passe la consultation, évidemment, il y a trop de règles. Et alors, je te dis, l'exemple le plus frappant, c'est cette visite médicale obligatoire aux détenus sanctionnés. Alors, un truc très positif qu'il y a eu, et ça c'est vraiment à souligner, ça a mis du temps, mais ça a été fait. Et ça, c'était horrible, c'est que quand je suis arrivé, le programme informatique qu'on utilisait était merdique, au point que c'était plus possible de travailler. Parce que, d'un côté, tu as beaucoup d'exigences médico-légales, plus qu'à l'extérieur. C'est la première chose qu'on m'a dite quand je suis arrivé. C'est qu'il faut se blinder médico-légalement parce qu'il y a des plaintes à tout va. Tous les ans des plaintes sur les soins reçus ça n'a pas été fait etc et donc il faut pouvoir tout consigner même quand la personne ne vient pas donc ça aussi pour se protéger en cas de plainte et le programme informatique était tellement lent qu'on ne pouvait même pas encoder ça tu vois t'étais complètement pour ta faute t'avais plus accès à rien au dossier donc c'était horrible ça a été gros. Et le système, le programme informatique a été changé et c'est le jour et la nuit. Et ça, oui, c'est une demande qui a été entendue. Ça, ça change beaucoup notre quotidien.

E : Et en termes aussi de patientèle, est-ce que vous verrez des choses qui pourraient aussi améliorer leur santé au-delà de vous, votre action pour les détenus en tant que tels ?

M : Je ne sais pas si tu sais, mais déjà, de manière générale, le système de soins a un impact assez mineur sur la santé, sur notre santé. Déjà pour tout le monde et en dehors du milieu carcéral. Et donc, en milieu carcéral, c'est encore moins. Et donc en fait... C'est un peu des pansements. C'est déjà compliqué, hors carcéral, d'avoir un effet sur la santé des gens à partir du moment où la qualité de leur logement, par exemple, est plus importante. Donc ça, c'est vraiment un déterminant de la santé. C'est ça. Donc en milieu carcéral, c'est encore moins. Maintenant, je pense à autre chose. Comme je te disais, il ne faut pas croire qu'on se substitue à ce que pourrait faire un médecin traitant. Et je ne crois pas qu'on arrivera à ça. En fait, ce n'est même pas le mandat. Ce n'est pas ce qu'on nous demande. Par contre, quelque chose qui pourrait être probablement amélioré, c'est la transition vers l'extérieur. Parce que l'enjeu, c'est vraiment, je crois que tous les détenus et toutes les détenues, comme toutes les personnes dans le pays, devraient pouvoir avoir un médecin généraliste.

E : Ça, justement, c'est une des propositions de la réforme de 2019. Mais bon, ça a été voté il y a 7 ans. Donc c'est pas encore opérationnel.

M : Oui, mais bon, de toute façon, là, tu te heurtes à un autre problème, qui est la pénurie de médecins généralistes dans le pays. Il y a d'autres enjeux. Mais théoriquement, ça, par exemple, c'est une super bonne idée, parce que les gens, ils sont parachutés après, et puis ils se retrouvent sans suivi. Ou bien ils en reprennent un, mais pas du tout tout le monde. Et ça, c'est un travail qui devrait être fait, parce que tu as un peu un cloisonnement comme ça, sans mauvais jeu de mots. Ça ne nous concerne plus, en fait. Voilà, on va faire en sorte que vous soyez soignés. C'est ça, on va faire en sorte que vous soyez soignés le mieux possible. En tout cas, ici, c'est comme ça. Moi, je ne connais que cet établissement. Déjà, bon, ce n'est pas plus mal. Si on n'avait pas cette ambition-là, ce serait quand même dramatique. Mais on est limité avec ce qu'on peut faire dans nos murs. Et après, c'est même le service des deux détenus qui va plus s'occuper de la suite. Mais il faudrait que ce soit... vraiment anticiper plusieurs semaines avant la sortie si la personne est preneuse c'est de dire ok voilà vous allez vous retrouver où maintenant et alors tu vois il faut pas juste donner un dossier médical de ce qui a été fait en prison dans la main du détenu quand il sort il faut avoir un contact si jamais c'est une maison médicale il faut qu'il y ait une inscription qui soit faite sinon ça se fera pas.

E : En fait il faudrait que dans le dossier de réinsertion les soins de santé soient pris en compte.

M : Mais évidemment surtout que crois-moi ça c'est un combat, c'est d'essayer de diminuer les traitements ils ont des médications en général qui sont longues comme le bras pour en partie supporter la détention en fait et donc comment tu gères ça ? c'est des polymédications avec des interactions dans tous les sens des psychotropes, des neuroleptiques, des somnifères dans tous les sens. Et donc, la personne, elle sort. Il faut évidemment que quelqu'un s'occupe de ça. Tu vois ?

E : Et vous, dans votre pratique personnelle, ce n'est pas frustrant justement de se dire on va aider quelqu'un, mais on sait qu'après, elle est livrée à elle-même. Vous avez vraiment en tête, ça, c'est comme ça, il ne faut pas que je vois plus loin parce que sinon, c'est bouffant, on va dire, personnellement.

M : Ah ben si, bien sûr, mais bon, on n'est pas à une frustration près, quoi. Non. Enfin, je veux dire, tu peux... Si jamais tu te... J'allais dire blindé, c'est pas vraiment ça, mais si jamais tu prends pas un minimum de hauteur, tu tiens trois semaines, hein. Ouais. Tu vois, c'est... Tu te heurtes à une certaine réalité. Tu ne peux pas complètement l'effacer. Tu peux essayer d'aménager les choses, faire de ton mieux, machin, machin. Mais elle est là. Il faut faire un minimum avec. Sinon, c'est épuisement assuré.

E : Oui, c'est ça. Super. Est-ce que vous avez encore quelque chose à rajouter sur un des sujets qu'on a abordé ou un sujet que je n'ai pas abordé qui vous semble important ?

M : Juste dire que, comme en fait dans d'autres endroits, au niveau soins de santé, l'essentiel du boulot, c'est les infirmières qui le font. Et donc, je ne sais pas si tu rencontres que des médecins ?

E : Oui, pour mon mémoire, oui. J'ai fait un choix, mais oui, que des médecins généralistes.

M : Mais donc, l'essentiel de ce qui est fait, c'est le service infirmier qui, lui par contre, est là tous les jours de 7 à 17. Et tu vois, les infirmiers connaissent mieux les gens, font les soins réellement, ont plus de temps, enfin, plein de bazar à faire, mais... Et tu vois que la connaissance des gens est différente, que le contact, le lien, etc. et autres, c'est les infirmiers et les infirmières qui font tourner le service médical. Nous, on se pointe et on fait ce qu'on nous demande. On fait ce qui est hors de leurs compétences, qui relève plutôt des nôtres. Et voilà. Mais sinon, c'est plutôt sur elles et sur eux que ça repose.

E : Et vous avez un bon esprit d'équipe et une bonne collaboration entre vous tous dans l'équipe médicale ?

M : Oui, oui. Ici, ça se passe bien. Mais bon, tu as des problèmes, il faudrait plus de médecins, il y a un gros turnover aussi au niveau infirmier, parce que c'est dur. Mais malgré ça, franchement, moi, je trouve que ça roule bien. Mais tu vois, par exemple, comme on a des jours fixes, moi, mes collègues médecins, je les vois jamais. Parce que c'est un médecin par jour. Moi, je viens que le jeudi. Et alors là, on instaure une réunion avec les infirmières tous les deux mois. Mais bon, la dernière fois qu'on l'avait fait, c'était en novembre. Et la dernière fois que j'ai vu mes collègues pour juste se rencontrer, les collègues médecins, je parle, c'était il y a un an. Après, on communique, on a un canal de communication qui est d'ailleurs indispensable et on échange et on se reprend des shifts, etc. Et tout ça se passe vraiment bien. Mais bon, dans un autre établissement, le médecin est tout seul.

E : Oui, mais il y a plusieurs prisons où j'ai interrogé des médecins où ils étaient tout seuls.

M : C'est horrible. Dans un autre établissement encore, elle est toute seule maintenant. Ouais, ouais, bah, écoute... Ouais. Pour une grosse prison, en plus. Ouais, ouais, mais laisse tomber. Enfin, c'est ça qui est dramatique. Mais moi, je me retrouve tout seul ici. Ça n'ira pas, hein. Je ne peux pas... Bref, de toute façon, l'action ne se pose pas, mais... Oui, non, c'est...

E : Il y a aussi toute cette question de pénurie de personnel, mais qui est aussi réelle dans le milieu libre et qui est un fait national.

M : Oui, c'est clair, mais évidemment, ça pose des problèmes, parce que pour couvrir les week-ends, par exemple, qui est censément, en fait, une obligation... forcément alors tu as des trous tu as des gens qui tu as des week-ends alors ici c'est rare mais où il n'y a personne et alors c'est les infirmières qui se débrouillent mais là pour avoir de la qualité c'est quand même tendu.

E : Ouais super merci beaucoup pour toutes ces informations. C'était très riche. Merci beaucoup. Et alors, si vous voulez, quand j'ai fini de rédiger mon mémoire, je pourrais vous l'envoyer.

M : Merci, ça m'intéresserait à fond. Donc voilà, merci beaucoup. Tu as mon adresse, donc voilà. Bien sûr.

E : Et si jamais vous avez une suggestion, quelque chose que vous n'avez pas dit, que vous voulez m'envoyer, n'hésitez pas. OK. Voilà. Merci beaucoup.

Annexe 5 - Exemple tableau codage

Le tableau suivant présente un extrait du codage réalisé sur le thème des dilemmes éthiques, illustrant la manière dont les verbatims des participants ont été associés à un sous-code analytique.

Locuteur	Extrait verbatim	Sous-code
M1	c'est un gars qui, tous les jours, il dit qu'il a mal quelque part parce qu'il veut des antidouleurs. plus en consommation de drogue entre guillemets, et il était tordu de douleur, au cachot, j'ai mal aux ventres, j'ai mal aux ventres, ben je ne l'ai pas examiné parce que c'était comme d'habitude [...]	Demande détournée d'antidouleurs
M2	Nous on temporise en disant, on attend de voir à quoi vous êtes condamnés avant de partir sur des bilans, parce que ça c'est pas urgent.	Temporisation liée à la condamnation
M3	Il fallait attendre qu'ils soient sûrs d'être incarcérés avant de pouvoir mettre le traitement donc ça c'était éthiquement inconcevable.	Soin conditionné à la condamnation
M4	on peut s'investir dans une prise en charge ou prendre des rendez-vous. Mais souvent, en général, on attend que les détenus soient condamnés pour le faire.	Bilan différé à la condamnation
M5	Parfois je trouve qu'il n'y a pas spécialement de solution. Une fois, il y a eu un monsieur, il était en délire alcoolique, c'était une période de grève, on essayait de l'extraire vers un hôpital, personne ne veut le prendre [...]	Absence de solution en situation de crise
M6	dans la loi, il est écrit qu'il faut visiter les cachots tous les 24 heures, bon, ce n'est pas défini qui doit le faire, mais bon, on ne va pas entrer là-dedans, et là, ils vont dire, bon, tu n'as pas visité le cachot, Parce que le cachot, il doit être visité [...]	Flou sur l'auteur de la visite du cachot
M6	La médecin, elle peut avoir une vision de soins quand elle fait une visite d'un cachot, de son cœur ou de son déontologie, je n'en sais rien. Mais ça ne veut pas dire qu'en même temps, il n'existe pas cette autre réalité, cette réalité de l'assurance. C'est-à-dire, je vais donner un exemple [...]	Visite du cachot vidée de son sens médical
M6	Moi j'ai l'impression que chaque consultation en prison c'est un dilemme éthique permanent.	Consultation comme dilemme permanent

M7	J'en ai eu un, j'étais de garde ce week-end, j'en ai eu un qui était très énervé de ne pas sortir et qui a commencé à taper comme un enragé. Là, je me suis arrangé avec les psychiatres pour voir s'il fallait lui administrer une injection pour le calmer, pour éviter qu'il ne se blesse.	Gestion de l'agressivité et du soin
M7	des patients qui ont des pathologies mentales, psychiatriques, où on doit pouvoir naviguer dans les volontés du patient, même si on sait qu'il peut y avoir des problèmes de compréhension et d'expression de leur volonté [...]	Navigation entre volonté et risque
M7	quand on a un patient qui s'est suicidé il n'y a pas longtemps, la politique c'est de le réanimer. Même s'il est bleu et qu'il n'y a plus de pouls et qu'il est limite rigide, on réanime les gens. Parce qu'il y a ce côté, on se couvre, tout le monde se couvre [...]	Réanimation imposée malgré l'évidence
M9	Je dois faire mon travail de médecin, mais je dois tenir compte du fait que ce sont des détenus avec des problèmes judiciaires. Donc, il y a un type... qui devait faire une gastroscopie et on m'a dit faites attention il fait ça en vue de se faire évader.	Tension entre soin et statut judiciaire
M9	il y a des détenus qui profitent, par exemple, du fait d'être incarcérés, pour refaire leurs dents, par exemple. Alors, il y a un certain moment, je me dis, mais zut, alors ils pouvaient faire ça à l'extérieur. Je ne sais pas si je réponds à votre question, mais moi ça me dérange [...]	Soins opportunistes du détenu
M9	d'un point de vue éthique, ça me rend malade qu'un médicament pour un détenu qui prend ce médicament pour maigrir, que ce soit nous, la société, qui devons le payer.	Refus éthique de prescrire à charge publique
M10	Donc tu as des personnes qui ont des pathologies psychiatriques complètement décompensées, qui dégénèrent et qui ne peuvent pas recevoir des soins corrects parce qu'elles sont incarcérées pour des motifs, et ça de nouveau j'en sais rien et ça ne me concerne pas [...]	Pathologies psychiatriques sans soins adaptés

