

Faculté de santé publique

***Accès aux dépistages organisés des
cancers pour les personnes
détenues en Wallonie***

Mémoire réalisé par
Valérie Lévêque

Promotrice
Ségolène Malengreaux

Lecteurs
**Rachelle Rousseaux
Olivier Schmitz**

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

Faculté de santé publique

***Accès aux dépistages organisés des
cancers pour les personnes
détenues en Wallonie***

Mémoire réalisé par
Valérie Lévêque

Promotrice
Ségolène Malengreaux

Lecteurs
**Rachelle Rousseaux
Olivier Schmitz**

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

*« En fait, une fois que vous rentrez en prison, votre costume d'humain, il faut l'enlever
parce qu'on ne vous considère plus comme un humain. »*

Serge Thiry, Podcast SUPERPAUSE – La prison : entre réinsertion et récidive (1)

« La gynéco [...] Elle m'a dit : « Tu le feras dehors » »

Gabrielle, page 48, « Parle avec elles » (2)

« Les gens dehors connaissent pas la prison.

On s'intéresse pas à qui on est. »

page 13, « Parle avec elles » (2)

Mercis

Ségolène Malengreaux, ma promotrice :

Votre accompagnement, votre soutien tout au long de ce travail, votre disponibilité, la justesse de vos relectures et vos encouragements m'ont été précieux à chaque étape de ce mémoire.

Merci à mes deux lecteurs d'avoir accepté de consacrer de votre temps à la lecture de ce travail.

Merci à l'ensemble des professeurs du Master en santé publique pour la qualité de vos enseignements.

Merci aux personnes qui œuvrent dans l'ombre, en particulier le secrétariat : votre aide discrète mais constante facilite tant notre vie d'étudiants.

Merci à toutes les personnes qui m'ont donné de leur temps lors de ces précieux entretiens : votre confiance et la sincérité de vos propos constituent la matière première de ce mémoire ; sans vous, ce travail n'existerait tout simplement pas.

Merci à Michel, mon « chef » : tu m'as portée à bout de bras durant ces trois années. Tu as assuré mon backup sans jamais te plaindre ni me mettre la moindre pression, tu m'as offert la sérénité sans laquelle concilier travail et études aurait été impossible.

Merci à mes amies du Master : votre soutien sans faille tout au long de ce parcours et les liens que nous avons noués comptent parmi les plus belles choses que ce master m'aura apportées.

Merci à mon chéri : tu m'as soutenue et encouragée sans relâche, et sans toi je n'aurais jamais mené ce master à son terme.

Enfin, merci à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ce travail par vos conseils, vos relectures ou vos encouragements.

Que celles et ceux que j'oublie ici me pardonnent : ma gratitude vous est acquise.

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. »(3)

Intelligence artificielle

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai utilisé ponctuellement des outils d'intelligence artificielle, dans le respect des règles d'intégrité académique et de la fiche 16 du vade-mecum de la Faculté de santé publique. Ces outils m'ont principalement aidée à reformuler certaines phrases et paragraphes et à corriger l'orthographe et la syntaxe (Copilot), à identifier des mots-clés et à orienter mes recherches bibliographiques (ChatGPT). Ils ont également été utilisés pour obtenir rapidement des informations générales sur certains sujets (ChatGPT), pour traduire certains textes (DeepL) et transcrire les entretiens (TurboScribe).

Toute information issue de ces outils a été systématiquement vérifiée et confrontée à des sources primaires scientifiques ou institutionnelles fiables avant d'être utilisée. Les analyses, observations de terrain, interprétations et conclusions présentées dans ce mémoire sont le résultat de mon propre travail et de ma réflexion personnelle. Les contenus générés par l'intelligence artificielle ont été relus de manière critique, adaptés lorsque nécessaire et intégrés sous ma seule responsabilité.

Aucun outil d'intelligence artificielle n'a été utilisé pour l'analyse des données. Son utilisation n'a en aucun cas remplacé mon travail de réflexion, d'analyse ou de rédaction.

Je reste entièrement responsable du contenu de ce mémoire.

Guide du genre

Dans ce mémoire, j'ai privilégié autant que possible l'emploi de formulations épiciènes telles que « personnes détenues », « parties prenantes » et « personnes éligibles », afin de désigner les individus indépendamment de leur sexe. Ce choix est cohérent avec les principes d'égalité et de non-discrimination qui sous-tendent ce travail.

Table des matières

1.	Introduction	13
1.1.	Réflexions ayant mené à la réalisation de ce travail	13
1.2.	Le fardeau des cancers	14
1.3.	Les dépistages des cancers	16
1.4.	L'organisation des dépistages des cancers en Belgique	17
1.5.	Le dépistage des cancers auprès des personnes détenues.....	19
1.5.1.	État de santé des personnes détenues	20
1.5.2.	Les cancers en prison	20
1.5.3.	L'accessibilité aux dépistages des cancers pour les personnes détenues	23
2.	Problématisation.....	25
2.1.	Problématisation générale	25
2.2.	L'angle mort dans le contexte wallon.....	27
3.	Objectifs et question de recherche.....	29
3.1.	Objectifs spécifiques	29
3.2.	Question de recherche	29
4.	Cadre théorique	31
5.	Matériel et Méthodes.....	33
5.1.	Choix du type d'étude	33
5.2.	Approche exploratoire.....	33
5.3.	Création du guide d'entretien et collecte des données	35
5.4.	Considérations éthiques.....	37
5.5.	Analyse des données	38
5.5.1.	La transcription des entretiens.....	38
5.5.2.	Le codage	38
6.	Résultats	41
6.1.	L'empêchement du terrain comme premier matériau d'analyse	41

6.2.	Présentation des parties prenantes interrogées	42
6.3.	Description des résultats par thèmes émergents	42
6.3.1.	Déterminants structurels et politiques de l’(in)action publique	42
6.3.2.	L’institution carcérale comme environnement défavorable aux soins	50
6.3.3.	Iniquités de santé des personnes détenues telles que rapportées par les parties prenantes proches du terrain.....	56
6.3.4.	Perspectives de transformation : les leviers de changement	59
7.	Discussion, conclusion et perspectives	67
7.1.	Synthèse des résultats en fonction du cadre AAAQ.....	67
7.2.	Discussion	71
7.2.1.	L’équivalence des soins et la double peine.....	72
7.2.2.	Quand la sécurité prend le pas sur le soin	74
7.2.3.	Les déterminants structurels de l’inaction.....	77
7.3.	Recommandations pour les pratiques du CCRef.....	79
7.4.	Limites et forces	81
7.4.1.	Les limites	81
7.4.2.	Les forces	83
8.	Conclusion.....	85
9.	Le chemin que l’on ne choisit pas	87
10.	Bibliographie.....	91
11.	Annexes	99
11.1.1.	Annexe 1 : Préambule à l’entretien version 1	99
11.1.2.	Annexe 2 : Préambule à l’entretien version 2	100
11.1.3.	Annexe 3 : Déclaration de consentement	102
11.1.4.	Annexe 4 : Guide d’entretien (de base).....	103

Liste des abréviations

AAAQ : Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité, Qualité.

ASBL : Association Sans But Lucratif.

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité.

BCR : Belgian Cancer Registry.

CCRef : Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers.

CEB : Certificat d'études de base.

COSS : Commission pour les objectifs en matière de soins de santé.

CvKO : Centrum voor Kankeropsporing.

DG-EPI : Direction Générale des Établissements Pénitentiaires.

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins.

FALC : Facile à Lire et à Comprendre.

FARES : Fonds des Affections Respiratoires.

HPV : Human Papilloma Virus.

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique.

OIP : Observatoire International des Prisons.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ODD : Objectif de Développement Durable.

RESO : Service universitaire de promotion de la santé.

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

SES : Service Education pour la Santé.

SPF : Service Public Fédéral.

TBC : Tuberculose.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund.

WAPPS : Plan wallon de Prévention et de Promotion de la Santé

Table des illustrations

Illustration 1 : Histoire naturelle de la maladie page 16

Illustration 2 : Sources de financement des dépistages organisés des cancers en Belgique en 2026 page 18

Table des graphiques

Graphique 1 : Taux brut pour 100 000 de cas incidents et de mortalité pour les deux sexes au niveau mondial en 2022 (15 types de cancers les plus fréquents) page 14

Graphique 2 : Principales causes de mortalité dans 37 pays de l'OCDE en 2023 (ou l'année la plus proche) page 14

Graphique 3 : Taux brut pour 100 000 de cas incidents et de mortalité pour les deux sexes en Belgique en 2022 (15 types de cancers les plus fréquents) page 15

Table des tableaux

Tableau 1 : répartition des personnes détenues par prison et selon le sexe page 21

Tableau 2 : SPACE I : répartition par âges dans les prisons belges en 01-2025 page 22

Tableau 3 : Liste des documents utilisés page 34

Tableau 4 : Récapitulatif des parties prenantes interrogées page 37

1. Introduction

1.1. Réflexions ayant mené à la réalisation de ce travail

Dans le décours de mes études en santé publique, j'ai été sensibilisée aux inégalités sociales liées à la santé et, forte d'une expérience de 10 ans au centre de coordination et de référence pour le dépistage des cancers (CCRef), j'ai pu constater que, lorsqu'on s'adresse à une population dans sa globalité, la prise en compte des vulnérabilités à différents niveaux est parfois très compliquée.

Je me suis donc interrogée, de manière générale, sur les moyens pouvant être mis en œuvre pour permettre au plus grand nombre d'accéder aux dépistages organisés des cancers (sein, colorectal et col de l'utérus).

En 2025, au CCRef, quelques demandes émanant de personnes incarcérées ou de leur représentant (parent, personnel infirmier de la prison), sollicitant l'envoi d'un kit de dépistage pour le cancer colorectal nous sont parvenues.

Au cours de cette même période, le CCRef a été interpellé par une association, qui mène des actions pour la santé des personnes détenues, afin d'initier une collaboration avec le CCRef dans le but de rendre les dépistages organisés accessibles aux personnes détenues des prisons wallonnes.

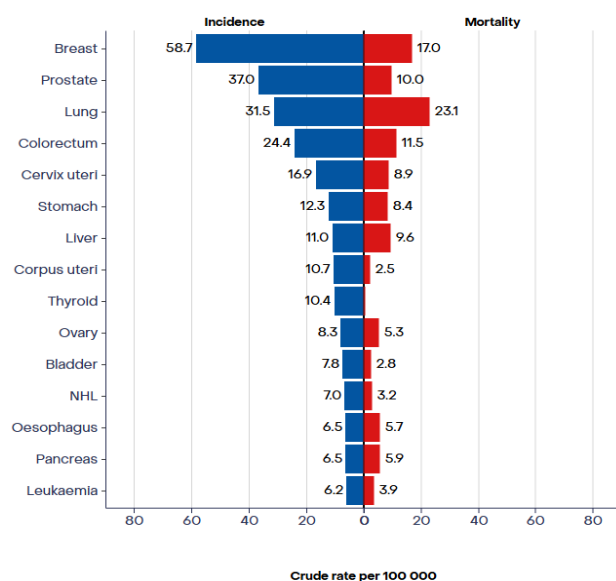
Ces deux faits concomitants ont amené un questionnement de ma part car les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable sur le plan de la santé, présentant plus de facteurs de risques de cancers que la population libre (alcool, drogues, sédentarité, alimentation peu qualitative, santé mentale, etc.).

Touchée par cette problématique extrêmement humaine, qui s'inscrit parfaitement dans une des missions du CCRef (axe 3 du WAPPS), j'ai souhaité mieux la comprendre pour mieux l'appréhender et, grâce à une meilleure connaissance du milieu carcéral, identifier des pistes permettant de rendre l'accès aux dépistages organisés possible pour les personnes détenues des prisons wallonnes.

1.2. Le fardeau des cancers

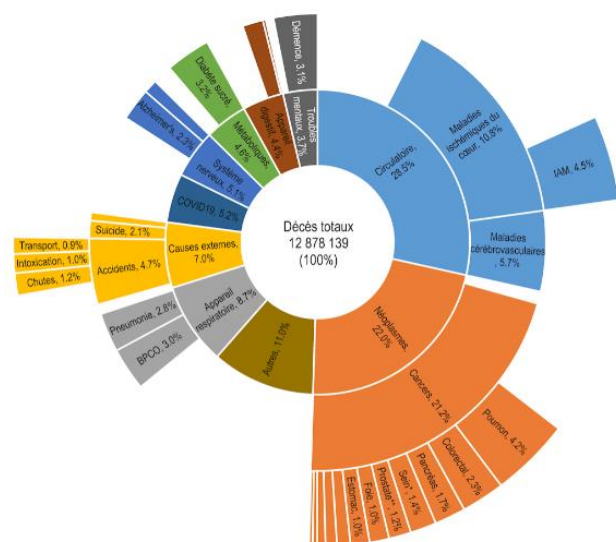
Le fardeau des cancers fait peser une charge considérable sur les systèmes de santé et sur les personnes qui en sont atteintes. En 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait l'incidence mondiale des cancers à près de 20 millions de personnes atteintes avec 9,7 millions de décès directement imputables à ces maladies (4).

Le graphique 1 ci-dessous montre les 15 cancers les plus fréquents dans le monde.



Le côté bleu concerne les cas incidents en 2022 (hommes et femmes) de ces 15 différents cancers et le côté rouge montre la mortalité (hommes et femmes) associée à ces 15 différents types de cancers.

Graphique 1 : Taux brut pour 100 000 de cas incidents et de mortalité pour les deux sexes au niveau mondial en 2022 (15 types de cancers les plus fréquents) (5)

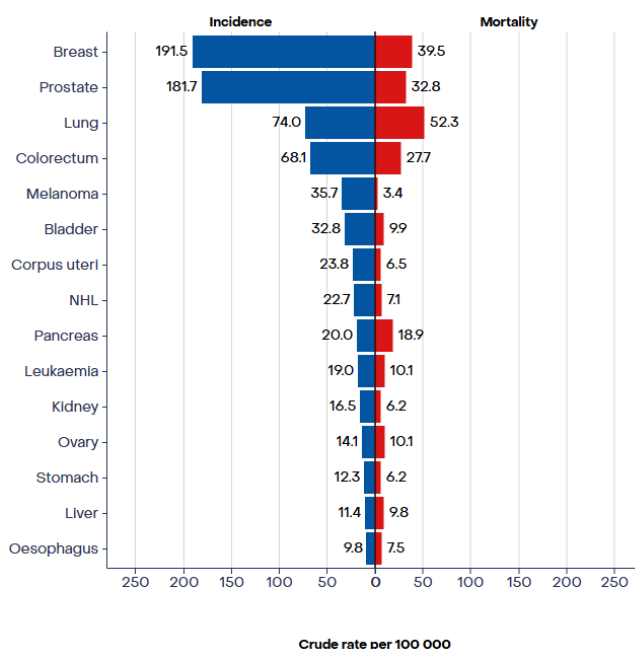


Dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique), les cancers constituent (en orange) la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires (en bleu clair) (6).

Graphique 2 : Principales causes de mortalité dans 37 pays de l'OCDE en 2023 (ou l'année la plus proche)(6).

À ces différentes échelles, mondiale comme au sein des pays de l'OCDE, un même constat se dégage : le cancer constitue un fardeau de santé publique majeur, tant par son incidence que par la mortalité qu'il engendre.

La Belgique ne fait pas exception, comme l'illustre le graphique 3 ci-dessous.



Graphique 3 : Taux brut pour 100 000 de cas incidents et de mortalité pour les deux sexes en Belgique en 2022 (15 types de cancers les plus fréquents)(5)

En 2023, le Belgian Cancer Registry (BCR) mentionne :

- Pour le cancer du sein, 11.636 cas incidents, il est le premier cancer chez les femmes et la survie à 5 ans est de 92,6% (7)
- Pour le cancer colorectal, on dénombre 7.837 cas incidents, il est le troisième cancer incident chez les hommes et les femmes et sa survie à 5 ans est de 70,5% (8).
- Pour le cancer du col de l'utérus, 610 cas incidents, il est le 13^{ème} cancer incident chez les femmes, sa survie à 5 ans est de 71% (9).

1.3. Les dépistages des cancers

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

« L'objectif du dépistage est de détecter les personnes qui, dans une population apparemment en bonne santé, présentent un risque supérieur de contracter une maladie ou un problème de santé, de façon à ce qu'un traitement ou une intervention précoce puisse être offert. Cela peut permettre d'obtenir un meilleur bilan sanitaire pour certaines des personnes dépistées. » (10).

Ainsi, le dépistage s'adresse à des personnes qui se sentent en bonne santé et ne présentent pas de symptômes de la maladie recherchée. Il peut être individuel (ou opportuniste), réalisé à l'initiative d'un professionnel de santé lors d'une consultation, ou organisé (populationnel), ciblant une population définie selon des facteurs de risque comme l'âge ou le sexe.

Ce sont ces dépistages organisés (*population based*) qui font l'objet de ce travail.

Comprendre l'utilité d'un dépistage précoce suppose de connaître l'histoire naturelle de la maladie : le dépistage agit comme un tamis, distinguant les personnes susceptibles d'être porteuses d'une maladie de celles qui ne le sont pas.

L'illustration 1 le montre : le dépistage intervient dès le stade préclinique, avant l'apparition des symptômes, ce qui permet d'agir tôt, d'éviter des complications et des traitements lourds, et de préserver la qualité de vie.

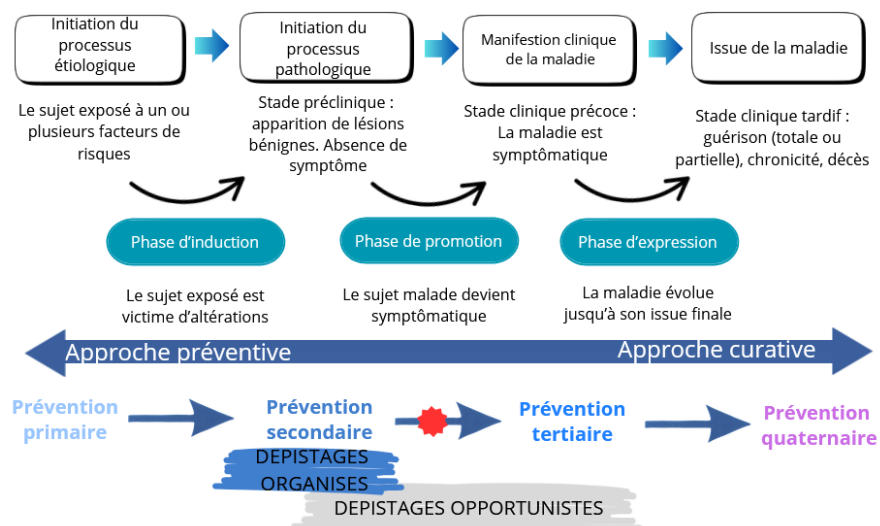


Illustration 1 : Histoire naturelle de la maladie¹ (11)

¹ Adaptation personnelle du schéma original de D'Hoore W.

Dépister ne signifie toutefois pas diagnostiquer. Si une anomalie est détectée, des examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer la présence d'une pathologie et en préciser la nature, une prise en charge précoce contribue alors à préserver la qualité de vie.

La prévention se décline habituellement en trois niveaux : la prévention primaire, qui vise à éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les facteurs de risque, la prévention secondaire, qui permet de détecter la maladie à un stade précoce afin d'en améliorer le pronostic, et la prévention tertiaire, qui vise à limiter les complications et les séquelles d'une maladie déjà déclarée. Le dépistage organisé relève de la prévention secondaire.

Cette place dans le continuum de la santé nous semble essentielle pour comprendre la logique et l'importance du dépistage en milieu carcéral.

Selon les critères formulés par Wilson et Jungner (10), la mise en place d'un programme de dépistage organisé suppose plusieurs conditions : que la maladie ciblée soit à la fois fréquente et grave, mais curable lorsqu'elle est détectée tôt, que l'on dispose de ressources matérielles et humaines suffisantes, ainsi que de structures capables d'assurer le suivi et le traitement des cas détectés, que les avantages et les risques du dépistage soient connus et maîtrisés, et que le financement du programme soit garanti afin d'en assurer la pérennité.

Nous considérons dès lors qu'un programme de dépistage n'a de sens que si l'ensemble du processus est garanti, depuis l'invitation et l'information jusqu'à la prise en charge des cas détectés. Or, dans le contexte carcéral, c'est précisément la continuité de cette chaîne qui est mise à l'épreuve à chacune de ses étapes.

La notion de continuum de prévention permet de relier l'objet de notre travail, le dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, à une réflexion plus large sur la prévention et la promotion de la santé en milieu carcéral.

Le dépistage n'est donc pas une fin en soi : il s'inscrit comme une étape d'un processus plus vaste, dont l'efficacité suppose que les personnes concernées puissent y accéder et que ce processus puisse aller jusqu'à son terme.

1.4. L'organisation des dépistages des cancers en Belgique

Les Programmes de dépistages organisés constituent des interventions majeures en santé publique et plus particulièrement dans le domaine de la médecine préventive (12) En Belgique, les programmes de dépistage des cancers sont accessibles gratuitement pour des publics spécifiques ciblés selon des critères d'âge et/ou de sexe :

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus destiné aux femmes entre 25 et 64 ans.

- Le dépistage du cancer du sein destiné aux femmes entre 50 et 69 ans.
- Le dépistage du cancer colorectal destiné à toute personne âgée de 50 et 74 ans.

Depuis la 6^{ème} réforme de l'État, ce sont les Régions (Entités fédérées) qui exercent les compétences de la promotion de la santé et la médecine préventive, dont l'organisation des programmes de dépistage des cancers (13–15).

L'État fédéral conserve toutefois un rôle dans ce dispositif : l'assurance obligatoire soins de santé (INAMI) finance les actes médicaux liés au dépistage, tandis que les entités fédérées organisent les programmes, chacune via un centre de coordination qu'elle agréé et subventionne (16). Cette organisation a conduit à la mise en place de trois dispositifs parallèles, qui s'appuient sur des standards européens de qualité communs, tout en présentant des différences dans leur fonctionnement et leur financement selon la région de domicile (17).

L'illustration 2 ci-dessous reprend en détail les trois opérateurs de dépistages organisés en Belgique ainsi que leurs sources de financement :

Dépistages organisés					
Belgique					
Opérateurs	Bailleurs de fonds	Actes médicaux		Auto prélèvement	
		Sein	Col utérus	Colorectal	
Wallonie + communauté germa	CCRef	AVIQ + Ostbelgien	Inami	Inami	AVIQ + Ostbelgien
Bruxelles	BruPrev	Vivalis	Inami	N/A	Vivalis
Flandre	CVKO	Departement Zorg	Inami	Inami	Departement Zorg

Illustration 2 : sources de financement des dépistages organisés des cancers en Belgique en 2026² (16).

En Wallonie, l'association qui pilote les programmes de dépistage des cancers est le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef), agréé à durée indéterminée depuis janvier 2024 et subventionné par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité). Le CCRef coordonne le programme de dépistage du cancer du sein (femmes de 50 à 69 ans), le programme de dépistage du cancer colorectal (personnes de 50 à 74 ans) et, depuis la mise en place d'un programme organisé en 2025, le dépistage du cancer du col de l'utérus (femmes de 25 à 64 ans) (18). Le CCRef opère également pour la Communauté germanophone (Ostbelgien), qui cofinance le dispositif au prorata de la population sur son territoire (Voir Illustration 2).

² Élaboration personnelle.

En Flandre, les trois programmes de dépistage : cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus, sont organisés par le gouvernement flamand et coordonnés par le Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), qui en assure la mise en œuvre, le suivi de la qualité et en rapporte à l'autorité flamande (Departement Zorg). Le CvKO est une association sans but lucratif (ASBL) au même titre que le CCRef et BruPrev.

Sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, c'est l'ASBL BruPrev (anciennement Brumammo) qui est mandatée pour organiser les programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, avec le soutien de Vivalis (anciennement Services du Collège réuni) (19), de la Cocof et de la Communauté flamande. Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'y fait en revanche pas l'objet d'un programme organisé. Le test est toutefois accessible dans le cadre d'un dépistage opportuniste et remboursé par l'INAMI (cf. Illustration 2) (19). Cette configuration illustre la complexité institutionnelle bruxelloise, mais aussi à travers les différents bailleurs de fonds, on peut apercevoir en partie la complexité institutionnelle belge où plusieurs entités fédérées sont simultanément compétentes sur un même territoire mais aussi où entités fédérées et État fédéral coexistent pour des compétences assez proches et complémentaires (20).

Dans la suite de ce travail, l'analyse se concentre sur le dispositif wallon. Ce choix méthodologique s'explique d'une part par l'ancrage professionnel de la chercheuse au sein de l'opérateur wallon (CCRef), et, d'autre part par la nécessité de circonscrire le champ de l'étude. Une analyse comparative des trois dispositifs régionaux aurait en effet excédé le cadre de ce mémoire. Ce recentrage permet d'interroger plus précisément la capacité du dispositif wallon à atteindre effectivement l'ensemble de la population cible. En effet, la gratuité des programmes organisés de dépistage et l'envoi systématique d'invitations aux personnes éligibles ne suffisent pas à garantir une participation équitable : les personnes les moins instruites se font significativement moins dépister, et ce gradient social est plus marqué en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre (21). Certains groupes restent, en outre, largement invisibles dans les données de couverture. C'est notamment le cas des personnes détenues.

1.5. Le dépistage des cancers auprès des personnes détenues

Tel qu'évoqué au point précédent, parmi les groupes que les dépistages organisés peinent à atteindre, les personnes détenues occupent une place particulière. La littérature internationale documente leur sous-participation aux programmes de dépistage des cancers (22,23) ainsi que leurs moins bons résultats face à la maladie (24–26). En Belgique, où les soins de santé en

prison font l'objet de constats critiques récurrents (27), aucune donnée publiée ne permet même d'objectiver leur participation : cette population constitue, à proprement parler, un angle mort des dépistages organisés. Les sections qui suivent examinent ce que l'on sait de l'état de santé de cette population, des cancers en milieu carcéral et de l'accessibilité des dépistages pour les personnes détenues.

1.5.1. État de santé des personnes détenues

Une part importante des personnes détenues est issue de milieux socio-économiques défavorisés et présente un état de santé dégradé avant même l'incarcération (24). La santé des personnes détenues s'inscrit pleinement dans le champ de la santé publique, dès lors que leur réinsertion au sein de la société constitue l'issue normale de la peine. Comme le souligne l'OMS, les soins pénitentiaires doivent s'inscrire dans une politique de santé publique afin de protéger les personnes détenues mais aussi la société civile (28).

Le droit à la santé fait partie des droits humains fondamentaux : les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de ce droit dans le respect de leur dignité. La privation de liberté est la sanction en soi, il est donc essentiel de garantir en permanence une égalité d'accès aux soins des personnes incarcérées au même titre que ceux qui sont offerts aux personnes libres (29).

Le constat posé par la littérature internationale d'un état de santé dégradé avant même l'incarcération, se vérifie en Belgique : les personnes incarcérées sont majoritairement issues de milieux socio-économiques très précaires et présentent un état de santé détérioré bien avant l'entrée en prison (27).

1.5.2. Les cancers en prison

La littérature consacrée spécifiquement aux cancers en milieu carcéral provient essentiellement des pays anglo-saxons. À notre connaissance, aucune donnée publiée ne décrit l'épidémiologie des cancers dans les prisons belges.

L'étude la plus approfondie réalisée à ce jour est une étude de cohorte appariée menée en Angleterre sur vingt ans (1998-2017) (24). Elle met en évidence une augmentation de l'incidence des cancers chez les hommes incarcérés, ainsi qu'un accès moindre aux traitements et une survie plus faible par rapport à la population générale. Cette moindre survie s'explique en partie par un moindre accès au traitement curatif et par la voie utilisée pour le diagnostic.

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude populationnelle américaine menée dans le Connecticut : à caractéristiques équivalentes, y compris le stade au diagnostic, le risque de décès par cancer à cinq ans est plus élevé lorsque le diagnostic est posé alors que la personne est en détention (25).

Dans l'ensemble, les données montrent que le désavantage des personnes incarcérées face au cancer ne découle pas uniquement de leurs facteurs de risque (tabagisme, alcool, drogues, précarité, infections). Il est aussi lié aux conditions de dépistage et de prise en charge en prison, où les cancers sont souvent diagnostiqués plus tardivement et moins fréquemment traités de manière curative (26), ce qui réduit les chances de survie.

Ces résultats issus de pays étrangers ne peuvent toutefois être transposés tels quels au contexte belge, faute de données nationales permettant de les vérifier.

Établissement pénitentiaire	Hommes	Femmes	Total
Andenne	412,2	0,0	412,2
Antwerpen	637,6	56,1	693,7
Arlon	116,9	0,0	116,9
Beveren	315,6	0,0	315,6
Brugge	699,2	112,2	811,4
Bruxelles site Haren	972,1	105,9	1.078,0
Bruxelles site Saint-Gilles	504,6	0,1	504,6
Dendermonde Hulp	65,3	0,0	65,3
Dendermonde Nieuw	465,1	0,0	465,1
Dinant	57,1	0,0	57,1
Enghien (maison de transition)	8,4	0,0	8,4
Forest (maison de détention)	37,5	0,0	37,5
Gent	395,6	50,9	446,5
Gentbrugge (maison de transition)	13,7	0,0	13,7
Hasselt	567,9	39,1	607,0
Hoogstraten	159,1	18,9	178,0
Huy	81,7	0,0	81,7
Ieper	136,9	0,0	136,9
Ittre	412,3	0,0	412,3
Jamioulx	389,2	0,0	389,2
Kortrijk (maison de détention)	42,9	4,9	47,9
Lantin	932,2	72,8	1.005,0
Leuven (maison de transition)	11,9	0,0	11,9
Leuven Centraal	404,0	0,0	404,0
Leuven Hulp	200,8	0,0	200,8
Leuze-en-Hainaut	343,6	0,0	343,6
Marche-En-Famenne	329,8	20,1	349,8
Marneffe	129,8	0,0	129,8
Mechelen	138,8	0,0	138,8
Mechelen (maison de transition)	14,1	0,0	14,1
Merksplas	425,2	0,0	425,2
Mons	332,3	49,5	381,9
Namur	233,5	0,0	233,5
Nivelles	245,8	0,0	245,9
Oudenaarde	166,7	0,0	166,7
Paifve	213,5	0,0	213,5
Ruiselede	53,7	0,0	53,7
Saint-Hubert	223,8	0,0	223,8
Tongeren	52,8	0,0	52,8
Tournai	201,2	0,0	201,2
Turnhout	304,4	0,0	304,4
Wortel	310,5	0,0	310,5
TOTAL	11.716,2	530,5	12.246,7

Tableau 1 : répartition des personnes détenues par prison et selon le sexe (30).

Ce que l'on connaît, en revanche, c'est la population potentiellement concernée : selon les chiffres annuels 2025 des établissements pénitentiaires, les prisons belges comptent 11.717

hommes pour 531 femmes, dont environ 4.664 hommes et 143 femmes en Wallonie³. Nous avons donc une population carcérale wallonne totale d'environ 4807 personnes détenues (30). Le SPF Justice (Service Public Fédéral Justice) nous indique également qu'en 2024, les femmes constituaient 4,3% de la population carcérale belge. Si on prend le tableau 2 ci-dessous, on peut avoir une idée approximative des personnes concernées par les dépistages organisés dans les prisons wallonnes.

Country	Average age	Median age	Total number of adults inmates in the prison population		Aged 18 to 25 years		Aged 26 to 49 years		Aged 50 to 64 years		Aged 65 and over	
			number	%	number	%	number	%	number	%	number	%
Variable code	6A	6B	6C	6D	6G	6H	6I	6J	6K	6L	6M	6N
				% of 3B		% of 6C		% of 6C		% of 6C		% of 6C
Albania	39.0	38.0	4506	99.5	585	13.0	3237	71.8	513	11.4	171	3.8
Andorra	37.3	35.5	72	100.0	7	9.7	57	79.2	7	9.7	1	1.4
Armenia	NA	NA	2684	99.9	NA	***	NA	***	NA	***	NA	***
Austria	37.3	35.0	9558	98.6	1452	15.2	6552	68.5	1281	13.4	273	2.9
Azerbaijan	NA	NA	27602	99.7	NA	***	NA	***	NA	***	NA	***
Belgium	37.5	36.0	12613	100.0	2197	17.4	8340	66.1	1722	13.7	316	2.5
BH: BIH (total)	NA	NA	1743	87.9	NA	***	NA	***	NA	***	NA	***

Tableau 2 : Répartition par âges dans les prisons belges en 01-2025, selon SPACE I⁴ (31).

Ces données de 2025 montrent qu'une part substantielle de la population carcérale se situe dans les tranches d'âge ciblées par les dépistages organisés :

- 25-64 ans pour le cancer du col de l'utérus : $((8340 + 1722) * 0.043^5) * 0.38^6$ = environ 165 femmes détenues,
- 50 ans et plus ans pour le cancer du sein : $((1722 + 316) * 0.043) * 0.38$ = environ 34 femmes détenues,
- 50 ans et plus pour le cancer colorectal : $(1722 + 316) * 0.38$ = environ 775 personnes détenues.

La question de l'accès de ces personnes aux programmes se pose donc concrètement, même si ces chiffres ne s'additionnent simplement pas puisqu'il y a un « chevauchement » entre les âges et les sexes.

³ Ces chiffres ont été obtenus en additionnant les chiffres indiqués uniquement pour les prisons situées en Wallonie.

⁴ La répartition par âges de la population carcérale n'étant pas publiée par le SPF Justice, nous avons eu recours aux statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE I).

⁵ Ratio homme-femme renseigné par le SPF Justice et pour autant que la répartition par âges soit homogène dans la population carcérale.

⁶ Ratio population détenue wallonne/population détenue belge.

1.5.3. L'accessibilité aux dépistages des cancers pour les personnes détenues

La littérature internationale, peu abondante, converge vers un double constat : une sous-participation des personnes détenues aux dépistages organisés et l'existence d'obstacles spécifiques au milieu carcéral, qui se manifestent à chaque étape de la trajectoire de dépistage. En Norvège, une étude menée en 2025 dans trois prisons disposant d'un quartier pour femmes (participantes majoritairement âgées de 25 à 44 ans) a montré que, même si plus des deux tiers (68,8 %) avaient déjà réalisé un dépistage du col de l'utérus dans leur vie, seules environ 20 % l'avaient fait pendant leur incarcération. Les principaux obstacles évoqués étaient le manque d'information, la peur de la douleur, des antécédents traumatiques et une méfiance envers les services de santé (22).

En Italie, une étude transversale menée auprès de femmes détenues (Campanie, 2023-2024 ; 159 femmes éligibles à au moins un test) confirme cette sous-participation tout en révélant une demande latente : 56,8 % avaient réalisé une mammographie, 57,6 % un test de Papanicolaou (col de l'utérus) et 27,6 % un test de recherche de sang occulte dans les selles dans le cadre d'un dépistage organisé ; mais respectivement 72,5 %, 56,7 % et 72,9 % se déclaraient prêtes à y participer si ces tests leur étaient proposés en détention (23).

En France, l'expérience de terrain menée à Toulon suggère qu'une organisation adaptée (sensibilisation et accompagnement de proximité) pourrait améliorer nettement la participation des hommes détenus au dépistage du cancer colorectal (32).

Enfin, plusieurs travaux récents identifient l'autoprélèvement (test HPV vaginal) comme un facilitateur prometteur pour les personnes détenues car il réduit la dépendance aux extractions médicales et la confrontation à des soignants parfois perçus comme jugeants, cet autoprélèvement s'est révélé largement accepté par des femmes marginalisées dont d'anciennes détenues (33).

À notre connaissance, aucune étude n'a documenté la participation des personnes détenues aux trois programmes belges de dépistage organisé.

C'est précisément cette zone d'ombre qui constitue le point de départ de ce travail.

2. Problématisation

2.1. Problématisation générale

Tout d’abord, pour aborder cette partie qui traite de la problématisation, il semble important de faire la distinction entre l’équité et l’égalité. L’égalité repose sur une distribution uniforme des ressources à tous, indépendamment des contextes particuliers, tandis que l’équité implique une allocation différenciée des moyens en fonction des besoins, dans le but de corriger les disparités sociales injustes et évitables. Appliquée au dépistage, cette distinction est essentielle. Lorsqu’un opérateur pilotant un programme de dépistage envoie une invitation identique à l’ensemble de la population éligible, y compris aux personnes détenues, il se s’inscrit dans une logique d’égalité formelle. Cette uniformité ne garantit toutefois pas une égalité réelle d’accès. Les personnes détenues risquent notamment de ne pas recevoir l’invitation lorsque celle-ci est envoyée à leur domicile légal plutôt qu’à l’établissement pénitentiaire. Les personnes les plus vulnérables sont ainsi souvent celles que le dispositif atteint le moins. Ces iniquités de santé peut s’expliquer par le modèle des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead (34), selon lequel l’état de santé d’un individu et l’accès aux services de santé sont influencés par plusieurs niveaux de déterminants, allant des caractéristiques individuelles aux conditions de vie et de travail, aux réseaux sociaux ainsi qu’au contexte socio-économique, culturel et environnemental. Les personnes détenues cumulent de nombreux déterminants défavorables : précarité, faible littératie en santé, troubles de santé mentale, parcours de soins fragmentés. La notion de gradient social de la santé (35,36) permet ainsi de comprendre pourquoi ce public présente à la fois davantage de facteurs de risque et un accès plus limité aux dispositifs de prévention. L’équité en santé nous fournit ainsi une grille de lecture pour analyser les iniquités mises en évidence dans les résultats. Elle nous permet de comprendre l’absence d’accès au dépistage non comme une fatalité, ni comme le résultat d’un choix individuel des personnes détenues, mais comme la conséquence d’un dispositif qui, faute d’adaptation, reproduit et renforce des inégalités préexistantes.

Ce même cadre fournit le principe qui guidera nos recommandations : l’universalisme proportionné. Plutôt que de proposer une action strictement universelle, qui risque de renforcer les inégalités sociales de santé, ou de cibler uniquement les personnes les plus défavorisées, au risque de les stigmatiser, il propose une action universelle dont l’intensité et les modalités sont modulées selon le niveau de vulnérabilité (37). Appliqué aux dépistages organisés, ce principe

ne consiste pas à concevoir un programme distinct pour les personnes détenues, mais à calibrer le dispositif universel existant à la hauteur des obstacles qu'elles rencontrent. C'est ce qui fonde l'attention renforcée que nous leur portons, sans en faire une exception.

La littérature, bien que peu abondante, met en évidence une faible participation des personnes détenues aux dépistages organisés (22,23), ce qui induit une détection plus tardive des cancers. Par ailleurs, même à un stade comparable au moment du diagnostic, les personnes détenues ont un moindre accès aux traitements curatifs et présentent, par conséquent, une survie plus faible par rapport à la population générale (24–26).

Divers facteurs limitent l'accessibilité et/ou l'implication des personnes détenues :

- La lettre d'invitation pour les trois dépistages (sein, colorectal et col de l'utérus) ainsi que le kit d'autoprélèvement de dépistage peuvent rencontrer divers obstacles avant d'arriver à leur destinataire (adresse officielle autre que la prison, contrôles divers des courriers postaux arrivant à la prison, ...).
- Ces personnes ne bénéficient pas de l'intimité nécessaire à la réalisation de l'auto-prélèvement (colorectal) (38)
- Elles présentent souvent plusieurs vulnérabilités : niveau socio-économique faible, troubles de santé mentale, stigmatisation, faible littératie en santé.
- Lourdeur des contraintes institutionnelles telles que la mobilité restreinte, le manque de confidentialité et la difficulté d'accès aux soins spécialisés, qui aggravent encore ces obstacles.
- Les protocoles d'extraction suscitent des craintes et compliquent l'accès aux examens à l'extérieur de la prison (39). Cela constitue un obstacle logistique majeur tant pour la femme (stigmatisation) que pour l'institution pénitentiaire (protocoles d'extraction).
- La réalisation d'un frottis du col de l'utérus dans des conditions optimales de sécurité, de confidentialité et d'intimité reste difficile tant pour le médecin que pour la personne détenue.

En Belgique, malgré l'existence d'associations actives pour la santé des personnes détenues et de services médicaux en prison (40), peu d'études se sont penchées sur l'accessibilité à ces programmes de dépistage pour les personnes incarcérées.

Cette zone d'ombre est d'autant plus préoccupante que les personnes détenues conservent leurs droits fondamentaux, la privation de liberté constituant la peine en elle-même. L'article 88 de la Loi de principes consacre ainsi leur droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficient la population libre (29). Ce principe s'inscrit également dans les engagements internationaux de la Belgique, notamment la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD), qui vise à

assurer une couverture sanitaire universelle et l'accès de toutes et tous à des services de santé essentiels de qualité (41).

Ce principe a encore été réaffirmé par le Conseil de l'Europe dans sa norme de novembre 2025 relative aux soins de santé en prison. Celle-ci précise que les personnes détenues doivent bénéficier de soins au moins équivalents à ceux de la population libre, voire renforcés au vu de leur morbidité plus élevée, et que ce droit inclut l'accès « *à des programmes nationaux de dépistage* » (42). En Belgique, cela concerne notamment les dépistages organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon.

2.2. L'angle mort dans le contexte wallon

Si ce constat et ce droit valent pour l'ensemble des prisons belges, le présent mémoire les examine dans le contexte wallon, dont les spécificités institutionnelles et opérationnelles sont décrites ci-après.

Les missions du CCRef s'inscrivent dans l'axe 3 « prévention des maladies chroniques » du « Plan wallon de prévention et de promotion de la santé » (WAPPS) 2023-2027. Parmi celles-ci figure l'objectif d'atteindre des publics les plus vulnérables.

Cet objectif explicitement décrit dans le WAPPS rend d'autant plus saillante l'absence d'accès pour les personnes détenues à ces dispositifs de dépistage, pourtant gratuits.

Le CCRef informe ses publics cibles à l'aide d'une lettre d'invitation spécifique à chaque dépistage. Cette lettre est envoyée au domicile légal de toute personne éligible selon un algorithme bien défini. Le CCRef n'a pas la possibilité légale de connaître le statut socio-culturel ni éducationnel de la personne à qui il s'adresse, ne permettant donc pas l'envoi de courriers plus personnalisés comme par exemple de type FALC (Facile à Lire et à Comprendre) pour les personnes ne maîtrisant pas le français ou n'ayant pas obtenu leur CEB (Certificat d'études de base) par exemple.

À ces limites s'ajoute une contrainte matérielle : pour réaliser un Mammotest, une extraction hors de la prison est nécessaire, aucune prison wallonne ne disposant d'un service de radiologie agréé pour cet examen (43).

Ces limites opérationnelles renvoient au constat posé au point 1.4 : malgré la gratuité des dépistages organisés et l'invitation systématique de la population cible, leur objectif d'universalité n'est pas atteint, la couverture suivant un gradient social marqué. Or, si ces écarts sont documentés pour la population générale, certains groupes échappent presque entièrement au regard des programmes et de leurs indicateurs. C'est le cas des personnes détenues : cumulant

les déterminants sociaux défavorables et les obstacles propres au milieu carcéral avec, entre autres, un dispositif d'invitation se basant uniquement sur le domicile légal (44), structurellement inadapté à leur situation, elles demeurent largement invisibles dans les données de couverture, alors même que la littérature internationale suggère une sous-participation importante de cette population (22,23)

De fait, l'analyse de la situation wallonne révèle que les programmes organisés de dépistage (du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus) atteignent très difficilement, voire pas du tout, les personnes privées de liberté. Cette absence ne résulte pas d'une décision explicite d'exclusion, mais plutôt d'un mécanisme d'invisibilisation structurel. Les personnes détenues ne sont en effet pas explicitement identifiées comme population cible par les dispositifs existants, et à notre connaissance, aucune mesure spécifique n'a été formellement mise en place pour pallier cette lacune.

C'est précisément ce décalage entre un droit formellement reconnu et son inapplication sur le terrain que nous cherchons à comprendre. Notre objectif est d'identifier les obstacles institutionnels, informationnels, logistiques et humains qui contribuent à produire et maintenir cet écart.

C'est à cet angle mort de l'accès aux dépistages organisés que ce mémoire tente d'apporter des éléments de réponse.

3. Objectifs et question de recherche

Il nous semble important d'analyser les obstacles à l'accès aux dépistages organisés pour les personnes détenues et de contribuer à identifier des pistes d'action pour lever ces obstacles et ainsi rendre plus accessibles les dépistages organisés pour ces personnes, contribuant par là même au développement d'une santé publique plus équitable, en lien avec la problématisation du point 2.

3.1. Objectifs spécifiques

Nous poursuivons à cette fin les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier et analyser les obstacles qui, dans le milieu carcéral wallon, entravent l'accès des personnes détenues à ces dépistages.
- Dégager les leviers d'action et pistes d'amélioration, adaptés au contexte carcéral wallon, susceptibles de lever ces obstacles.

3.2. Question de recherche

C'est dans cette perspective que s'inscrit la question de recherche suivante :

Quels facteurs conditionnent l'accès aux dépistages organisés des cancers pour les personnes détenues dans les prisons wallonnes ?

Quels leviers permettraient de l'améliorer ?

4. Cadre théorique

La problématisation présentée au point 2 a mis en évidence que l'absence d'accès des personnes détenues aux dépistages organisés des cancers ne relève pas d'un choix individuel, mais résulte d'un ensemble d'obstacles qui opèrent à différents niveaux : institutionnel, informationnel, logistique et humain.

Pour analyser ces obstacles, nous mobiliserons le cadre AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality), qui aborde l'accès aux services de santé à la lumière des droits humains. Ce cadre est issu de l'Observation générale n°14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (45), qui définit les éléments essentiels et interdépendants du droit au meilleur état de santé. Il a ensuite été décliné par l'UNICEF en un outil opérationnel destiné à identifier les obstacles d'accès aux services de santé, y compris dans des contextes marqués par des contraintes de sécurité (46). Ce cadre a notamment servi à évaluer, selon ses quatre dimensions, les services d'interprétariat en santé destinés à des femmes réfugiées en Nouvelle-Zélande (47).

Ce cadre AAAQ propose d'évaluer l'accès aux soins de santé selon quatre dimensions :

- la disponibilité : les services de santé existent-ils et sont-ils disponibles en quantité suffisante ?
- l'accessibilité : les services sont-ils accessibles à toute personne sans discrimination et sans obstacle physique, économique ou informationnel ?
- l'acceptabilité : les services respectent-ils l'éthique médicale et la confidentialité, et sont-ils adaptés aux réalités culturelles et sociales des personnes ?
- la qualité : les services sont-ils délivrés dans des conditions scientifiquement et médicalement adéquates ?

Ces quatre dimensions sont interdépendantes et seront toutes mobilisées pour analyser l'accès des personnes détenues aux dépistages. La version de l'UNICEF du cadre AAAQ détaille plus finement la dimension d'accessibilité, en cinq composantes, que nous présentons ci-dessous et qui seront également utilisées pour notre analyse (46) :

- l'accessibilité physique : le service est-il matériellement atteignable (proximité, sûreté du trajet, absence de barrières physiques telles que des dispositifs de sécurité) ?
- l'accessibilité financière : comment le service est-il financé, et les coûts directs comme indirects (notamment le transport) sont-ils supportables ?

- l'accessibilité bureaucratique et administrative : quelles démarches, autorisations ou étapes procédurales faut-il franchir avant de pouvoir accéder au service ?
- l'accessibilité sociale : le service est-il fourni sans discrimination ni barrière linguistique, et l'accès expose-t-il à un risque de stigmatisation ?
- l'accessibilité de l'information : comment l'information sur le service est-elle communiquée, est-elle accessible à tous (langues, formats adaptés à une faible littératie) et les données personnelles sont-elles traitées de façon confidentielle ?

Nous mobilisons ce cadre non pas pour évaluer le dépistage organisé lui-même (ce n'est pas l'objet de notre recherche), mais pour identifier, dimension par dimension, les obstacles que l'environnement carcéral wallon oppose à son accès pour les personnes détenues.

Au-delà de l'analyse, le cadre AAAQ constitue également un outil de plaidoyer, en permettant de nommer précisément ce qui fait défaut et d'identifier les leviers d'action correspondants.

5. Matériel et Méthodes

Le projet de recherche initial s’inscrivait dans une démarche qualitative fondée sur la conduite d’entretiens semi-directifs individuels réalisés au sein des prisons wallonnes auprès de personnes y travaillant, ou y ayant travaillé, ainsi qu’auprès d’étudiants y ayant effectué un stage. Dans cette optique, une demande d'accès aux établissements pénitentiaires wallons a été adressée au SPF Justice en date du 28 février 2026. Cette demande a fait l’objet d’un refus en date du 05 mars 2026, motivé par des contraintes liées à la surpopulation carcérale, et par le non-respect du calendrier administratif d’introduction des demandes. Ce refus nous a conduits à reconfigurer notre recherche.

5.1. Choix du type d’étude

Ce repositionnement nous a amenés à privilégier une approche exploratoire reposant sur une méthodologie qualitative, centrée sur le recueil des perceptions de parties prenantes impliquées/concernées dans le domaine de la santé en milieu carcéral. Ce choix s’inscrit dans la volonté de mieux comprendre ce phénomène, encore peu documenté, et d’en cerner les enjeux liés à l’accès des personnes détenues aux programmes de dépistage organisé des cancers. La recherche qualitative apparaît particulièrement adaptée pour explorer des expériences, des perceptions ou des pratiques et répondre à des questions portant sur le « comment » et le « pourquoi » d’une problématique (48).

Dans cette perspective, notre objectif est de sortir des présupposés pour obtenir une compréhension approfondie et la plus juste possible des réalités de terrain, des obstacles potentiels et des leviers susceptibles de favoriser l’accès aux dépistages organisés en prison. L’approche exploratoire permet ainsi de faire émerger des éléments de compréhension et des pistes de réflexion à partir du discours des acteurs concernés.

5.2. Approche exploratoire

Face à la complexité du terrain carcéral (49), la démarche méthodologique s’est appuyée sur trois sources d’information complémentaires : des entretiens semi-directifs, des matériaux documentaires et des récits et témoignages publiés. Les autres sources, répertoriées dans le tableau 2, ont servi à contextualiser la recherche et à trianguler les résultats dans la discussion.

Les entretiens semi-directifs qui constituent le cœur du portfolio d'entretiens analysés, ont été réalisés à distance ou en présentiel, selon les préférences exprimées par les interlocuteurs, avec des personnes disposant d'une expertise relative aux prisons wallonnes et/ou aux enjeux articulant milieu carcéral et santé des personnes détenues. Le recrutement des participants s'est toutefois révélé ardu. Cette difficulté n'est pas propre à notre démarche : les chercheurs ayant investigué le champ pénitentiaire soulignent qu'il s'agit d'un milieu où la sensibilité du sujet, la prudence institutionnelle des acteurs et le caractère sous contrôle du terrain freinent l'engagement dans une démarche d'enquête (50). Dans notre cas, cette fermeture du terrain s'est manifestée avant tout par le refus du SPF Justice, décrit en introduction de ce chapitre ; s'y sont ajoutées deux sollicitations restées sans réponse (très probablement en lien avec le refus du SPF Justice) et le désistement d'une personne experte, faute de disponibilité.

Type de document	Document	Source / Auteur	Année
Interview publiée	« Il est urgent de mener un travail de sensibilisation sur les prisons » (51).	Démocratie/Manon Legrand	2023
Article de presse	« Prison : un médecin dénonce l'impossibilité de soigner correctement les détenus malades » (52)	RTBF/ Mélanie Joris	2025
Carte blanche	« Soins de santé en prison : une urgence éthique et politique » (53)	Coécrite par Marion Guémas, Lise Meunier et Kris Meurant	2025
Rapport associatif	« Parle avec elles » rapport sur la santé des femmes détenues (2)	I.Care/Camille Couette	2023
Analyse associative	« Les effets souvent inavoués du manque d'intimité en prison » (38)	OIP – section française	2021
Analyse associative	« Annulations, indignité... Les extractions, un obstacle au soin » (39)	OIP – section française	2022
Article de presse	« L'administration pénitentiaire en faveur du transfert des soins à la santé publique » (54)	Le Spécialiste/Belga	2025
Podcast	« Les Clés – Pourquoi nos prisons sont de + en + surpeuplées ? » (55)	RTBF Auvio/ Arnaud Ruysen	2025
Actes de colloque	« Colloque sur les soins en prison, 30 ans après la loi de 1994 » (56)	Association TransFaire	2024
Conférence/ formation	« Les droits des personnes détenues s'arrêtent-ils aux portes des prisons ? » support de présentation (57).	Amnesty International/Olivia Nederlandt	2026

Tableau 3 : liste des documents utilisés.

Précisons que ces matériaux documentaires et ces récits n'ont pas fait l'objet du codage systématique appliqué aux entretiens : ils ont servi à contextualiser la recherche et à trianguler les résultats dans la discussion.

5.3. Création du guide d'entretien et collecte des données

Nous avons élaboré un guide d'entretien (Annexe 4) nous permettant d'explorer les différentes dimensions de la problématique ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer l'accès aux dépistages organisés des cancers dans les prisons de Wallonie.

Ce guide d'entretien de base a constitué un fil conducteur au regard de notre problématique, tout en demeurant souple. Il a été adapté au fil des entretiens et des différents profils des parties prenantes interrogées pour une récolte des données plus fine en fonction des réponses formulées et du profil des parties prenantes à interroger. Loin d'être un questionnaire figé, il a été conçu comme un outil évolutif, se précisant au contact du terrain, une souplesse qui est au cœur de l'entretien semi-directif en recherche qualitative (58). Ce guide, évolutif, a également permis de soumettre aux parties prenantes interrogées certains constats issus de la pratique professionnelle de la chercheuse, afin de recueillir leurs hypothèses explicatives.

Précisons que le cadre théorique AAAQ n'a pas servi à construire ce guide car nous ne l'avons identifié qu'ultérieurement, et il s'est imposé comme une grille d'analyse de nos résultats.

Le préambule (Annexes 1 et 2) a été adressé par voie électronique préalablement aux entretiens, accompagné du formulaire de consentement (Annexe 3), que les participants ont été invités à signer s'ils acceptaient les conditions de l'entretien, et dans lequel ils indiquaient leur accord ou non pour l'enregistrement de celui-ci.

Deux versions de ce préambule figurent en annexe. La première (Annexe 1), utilisée pour les deux premiers entretiens, présentait le projet initial : l'élaboration d'une théorie du changement portant sur l'accès aux dépistages organisés en milieu carcéral. Ces premiers entretiens ont toutefois révélé une situation plus précaire qu'anticipé : au-delà d'un déficit d'accès, c'est une indisponibilité de l'offre à plusieurs niveaux qui s'est directement imposée, ce qui a conduit à réorienter le travail vers une démarche de plaidoyer. La seconde version (Annexe 2), adaptée en conséquence, a été utilisée pour les entretiens suivants. Le guide d'entretien de base s'articule autour de plusieurs parties thématiques, chacune répondant à un objectif spécifique de la recherche :

- **Question d'ouverture générale** : vise à situer le répondant : sa fonction, son ancienneté, la nature de ses interventions en lien avec les prisons. Cet objectif de

contextualisation permet, tout en instaurant un climat de confiance par une entrée en matière non sensible, de comprendre le positionnement de la personne interrogée à la lumière de ses fonctions et de son rôle avec les personnes détenues.

- **Connaissances au sujet des dépistages organisés** : permet d'évaluer le niveau de familiarité des parties prenantes interrogées en lien avec les dépistages organisés.
- **Perceptions** : Ensuite, nous avons cherché à faire émerger les perceptions et représentations du répondant lorsque dépistages et prison sont mis en relation, ainsi que son éventuelle confrontation à cette question dans sa pratique. Il s'agit de recueillir le point de vue subjectif avant d'orienter la réflexion par des questions plus structurées.
- **Les freins et les leviers à l'accès** : constituent le noyau de la recherche, avec une déclinaison multiniveau afin de tenter de cerner certains niveaux plus problématiques ou plus porteurs.
- **Le contexte favorable** : vise à identifier ce qui semble avoir fonctionné, dans l'espoir de mettre en lumière d'éventuelles expériences pilotes, des configurations locales propices (notamment la situation particulière de la prison d'Andenne, ou la distinction entre maisons d'arrêt et maisons de peine), ou des sensibilités médicales plus enclines aux dépistages, et ce, dans la perspective de repérer des conditions de transférabilité.
- **La partie plaidoyer et changements** : cherche, d'une part, à recueillir des éléments de plaidoyer afin de convaincre les décideurs politiques et institutionnels de l'intérêt d'intégrer les personnes détenues aux programmes de dépistages organisés des cancers et, d'autre part, à identifier des pistes pour amorcer les changements nécessaires afin de rendre possible et faciliter l'accès aux dépistages organisés des cancers pour les personnes détenues.
- **La clôture et les remerciements** : donnent la possibilité au répondant d'aborder des pistes non couvertes par le guide et d'identifier des sources documentaires complémentaires (procès-verbaux, rapports non publiés), qui pourraient être utiles pour alimenter la recherche, dans le respect de l'anonymat des sources.

Pour la sélection des participants, un échantillonnage raisonné complété par effet boule de neige a été retenu (59). Cette stratégie consiste à sélectionner délibérément les personnes considérées comme les plus expertes pour apporter des informations pertinentes sur la problématique étudiée.

- Qui a été rencontré ?

INTW1	E1	Administration Régionale	01 avril 2026	Visio
INTW2	E2	Association en prison	08 avril 2026	Visio
INTW3	E3	Anc. employé prison/admin régionale	21 avril 2026	Visio
INTW4	E4	Association en prison	23 avril 2026	Visio
INTW5	E5	Employé cadre en prison	24 avril 2026	Visio
INTW6	E6	Association en prison	07 mai 2026	Visio
INTW7	E7	Association dépistages	20 mai 2026	Présentiel

Tableau 4 : Récapitulatif des parties prenantes interrogées.

5.4. Considérations éthiques

Nous avons d’abord introduit une demande d’autorisation auprès de la DG-EPI (Direction Générale des Établissements Pénitentiaires) afin de pouvoir nous rendre dans les prisons et y interroger le personnel (infirmiers, agents, directeurs, greffiers, etc.) et, si possible, des personnes détenues. Cet accord, présenté comme une formalité, constituait le préalable à l’introduction d’une demande auprès du Comité d’Éthique Hospitalo-Facultaire de l’UCLouvain. Le refus de la DG-EPI a interrompu cette démarche avant cette étape. Par conséquent, aucune demande n’a été introduite auprès de ce comité d’éthique.

Nous avons néanmoins respecté les principes éthiques inhérents à la recherche scientifique en informant au préalable tous les participants des objectifs de la recherche ainsi que des modalités de participation.

Nous avons également respecté l’anonymat et la confidentialité des données recueillies dans le respect du RGPD et de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des données à caractère personnel.

5.5. Analyse des données

5.5.1. La transcription des entretiens

Chaque entretien a été intégralement retranscrit sous forme de verbatims à l'aide d'un outil de transcription automatique. Les transcriptions ont ensuite été entièrement relues, vérifiées et corrigées par nos soins à partir des enregistrements audio, afin de garantir la fidélité des propos recueillis et d'éviter toute perte d'information.

Les transcriptions ont été anonymisées : tout élément permettant d'identifier les parties prenantes interrogées a été remplacé par des codes, conformément aux engagements de confidentialité pris auprès des participants (voir préambule et accord de consentement, Annexes 1 à 3). Ce travail de relecture, de correction et d'anonymisation a en outre constitué une première forme de familiarisation avec le portfolio d'entretiens, indispensable pour l'analyse. Toutefois, les parties prenantes interrogées occupant des positions spécifiques dans un secteur restreint, une anonymisation totale des transcriptions intégrales ne peut être garantie. Pour cette raison, et conformément aux mêmes engagements de confidentialité, les transcriptions ne figurent pas en annexe de ce mémoire et ne peuvent être communiquées que dans les limites strictes de ces engagements.

5.5.2. Le codage

Notre analyse repose sur un codage inductif et continu : les codes, catégories et thèmes n'ont pas été définis à l'avance, mais ont émergé progressivement au fil de nos lectures répétées des transcriptions, en articulation avec notre question de recherche. Notre travail s'est déployé en plusieurs cycles successifs : un premier cycle de condensation du sens, un deuxième de catégorisation thématique, puis un troisième visant à faire émerger des concepts transversaux à l'ensemble des entretiens. Notre démarche s'inscrit dans ce que Paillé et Mucchielli (60) désignent comme une « thématization en continu ».

Ce codage itératif nous a conduits à la construction progressive d'un arbre thématique élaboré à partir de l'attribution des thèmes. Celui-ci a été régulièrement réorganisé au fur et à mesure de l'avancement de l'analyse, par des opérations de regroupement, de subdivision et de hiérarchisation des thèmes et sous-thèmes.

Notre approche permet une analyse fine et une grande fidélité au portfolio d'entretiens et se prête particulièrement à un matériau modeste et à une démarche personnelle (60).

Nous avons veillé à la rigueur analytique en revenant régulièrement sur le portfolio d'entretiens et en réécoutant certains passages pour confirmer ou modifier l'interprétation faite. Nous avons également veillé à repérer la présence de dissonances dans les différents témoignages.

Dans un second temps, nous avons mis les catégories ainsi construites en regard du cadre AAAQ que nous avons mobilisé comme une grille de lecture pour structurer et interpréter les obstacles identifiés.

6. Résultats

Tout d’abord, le refus du SPF Justice a été utilisé comme matériau d’analyse car nous y avons vu des points importants à mettre en évidence, qui viennent corroborer la suite de notre travail. Nous avons ensuite choisi de présenter les résultats des sept entretiens de manière thématique à partir des catégories émergentes issues de notre analyse inductive des données recueillies à l’aide des entretiens. Ces thématiques mettent en évidence les perceptions que les parties prenantes interrogées ont de la problématique ainsi que des pistes pour y remédier. Chaque thème est illustré par des verbatims anonymisés.

6.1. L’empêchement du terrain comme premier matériau d’analyse

« ... nous regrettons de devoir vous informer que nous ne pouvons pas y donner une suite favorable pour l’année en cours. Depuis décembre 2024, des mesures ont été prises afin de limiter l’impact de l’augmentation constante de la surpopulation carcérale, ce qui se traduit notamment par une diminution des autorisations pour les nouvelles recherches afin de préserver les capacités opérationnelles des établissements. » (Service R&D du SPF Justice)

Ce refus constitue un matériau d’analyse à part entière et met en lumière plusieurs éléments du contexte institutionnel.

Tout d’abord, il met en évidence le fait que la mise sous tension des établissements pénitentiaires liée à la surpopulation conduit à reléguer au second plan les activités considérées comme non prioritaires, parmi lesquelles figurent la promotion de la santé, les actions de prévention ainsi que les recherches qui y sont associées.

Par ailleurs, l’intérêt potentiel de la recherche et les bénéfices qu’elle pourrait apporter aux personnes détenues, sont totalement absents de l’argumentaire de refus.

Les contraintes administratives permettent de légitimer le refus, rejetant la faute sur la chercheuse, même si la date du 31 octobre de l’année précédant la recherche, fixée comme échéance pour l’introduction des demandes de recherche, exclut d’office une partie des étudiants de master, qui ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour accomplir l’ensemble des démarches requises à la mise en route de leur projet de mémoire.

Enfin, le mail de refus renvoie vers un formulaire en ligne de type GoogleForm permettant d'introduire une demande de recherche conforme aux exigences administratives, démarche qui n'a pas été entreprise par ignorance de la part de la chercheuse. Ce formulaire impose explicitement la remise du mémoire à la DG-EPI, ce qui soulève des interrogations quant aux conditions d'indépendance de la démarche de recherche ainsi que sur la liberté d'expression des personnes interrogées, et ce même lorsque les principes de confidentialité sont formellement garantis.

6.2. Présentation des parties prenantes interrogées

Comme indiqué précédemment, nous avons interrogé des personnes expertes sur différents axes de notre problématique : des professionnels du secteur associatif intervenant en milieu carcéral, des agents d'administrations wallonnes, des personnes travaillant ou ayant travaillé en prison et une personne disposant d'une expertise en matière de dépistage organisé des cancers.

6.3. Description des résultats par thèmes émergents

6.3.1. Déterminants structurels et politiques de l'(in)action publique

Cette catégorie, qui relève d'un niveau macro, rassemble des thèmes en lien avec la structure carcérale et la politique dans laquelle s'inscrit (ou pas) la prévention en prison.

Les parties prenantes interrogées se sont exprimées de différentes manières face à cette inaction publique.

Volontés et priorités politiques

Ce thème, présent dans quasi tout le portfolio d'entretiens (excepté E5), caractérise la santé en milieu carcéral et, plus particulièrement le dépistage des cancers, comme une non-priorité dans les décisions politiques et budgétaires.

L'analyse des deux verbatims ci-dessous fait émerger une hypothèse partagée par deux parties prenantes interrogées : au niveau des logiques décisionnelles du système, le dépistage semble appréhendé d'abord comme un enjeu budgétaire avant d'être un enjeu sanitaire.

« [...] je ne sais pas dans quelle mesure ça peut jouer aussi sur le fait que ce n'est pas une priorité, parce que si on dépiste et qu'on trouve, il faut soigner. [...] le dépistage [de l'hépatite C] n'était pas vraiment encouragé parce que s'il y avait des cas positifs, il fallait soigner les gens, le traitement coûte cher, on n'avait pas l'argent à dépenser, donc on ne dépiste pas. [...] C'était dit à demi-mot. » (E2)

« [...] une dame donc déclare un cancer du sein en prison, comme elle est en prison, elle dépend de la justice. [...] sa chimio, etc., tout sera aux frais de la justice. [...] je me dis, moins ils organisent de dépistages, moins ça leur coûte d'argent, in fine. [...] si demain, le transfert de compétences est effectif et qu'on passe à la santé publique, là, ça sera peut-être plus fait. Je ne sais pas si c'est logique, ce que je dis. » (E6)

Cette hypothèse d'une priorité budgétaire mise ailleurs que dans la santé des personnes détenues trouve écho dans les propos de E1 qui, malgré sa position tout à fait différente, qualifie la santé en prison d'« économie facile ».

« [...], le dernier essai d'appel à projet, ça a été refusé par les partenaires de la majorité pour des raisons budgétaires. C'est le politique qu'il faut convaincre à l'heure où il faut faire des économies sur tout. C'est une économie facile. C'est difficile à entendre. C'est des économies faciles que de tailler à cet endroit-là. Les personnes détenues sont là parce qu'ils ont fait une bêtise. C'est facile de les punir une deuxième fois. Ce n'est pas mon propos, ce n'est pas mon avis. C'est ce qu'il y a dans l'idée des gens. » (E1)

A noter que dans ce verbatim on voit apparaître une dimension symbolique, qui se superpose au registre budgétaire. E1 évoque, en précisant bien que ce n'est pas sa façon de penser « *ce n'est pas mon avis* », une représentation sociale selon laquelle les personnes détenues, « *parce qu'elles ont fait une bêtise* », pourraient légitimement être « *punies une deuxième fois* ». Cette perception de moindre légitimité des personnes incarcérées contribuerait à rendre l'inaction publique quant aux dépistages dans les prisons socialement acceptable, voire banalisée. Et enfin, dans cette catégorie, on a aussi le fractionnement des compétences comme un facteur susceptible de justifier l'inaction.

« [...] les dépistages étant une compétence régionale, les prisons étant, [...] une compétence du fédéral, je ne suis pas convaincu qu'il y ait des passages ou des vases communicants entre les différents niveaux. » (E7)

Au regard du cadre AAAQ, ce thème renvoie principalement à la dimension de la disponibilité. Les parties prenantes interrogées décrivent une faible priorisation politique et budgétaire pour les programmes de prévention en milieu carcéral, y compris des dépistages organisés des cancers.

Flou institutionnel et légal

Ce flou institutionnel et légal se décline en deux dimensions : d'une part, une incertitude relevant du cadre normatif et juridique et d'autre part une incertitude liée à l'organisation institutionnelle.

a) Flou juridique et normatif

Bien que la loi du 17 mai 2006 (art. 4, § 2, 2°) mentionne le motif médical parmi les motifs de la permission de sortie occasionnelle (61), l'existence même de cette possibilité fait l'objet d'interprétations contradictoires entre acteurs, comme le rapporte E2 :

« [...] c'est ce qui est appelé les permissions de sortie pour raison médicale. [...] Mais la loi n'est pas très claire et quand on avait interrogé le service soins de santé en prison, on nous avait dit que non, ça n'existait pas, [...], alors que la loi évoque quand même de manière pas très claire, il me semble quand même que c'est prévu. » (E2)

Le témoignage de E5, qui se positionne à un poste d'encadrement en prison, nous donne une lecture différente du cadre légal montrant que les acteurs ne disposent pas d'une compréhension commune et partagée de celui-ci.

« Il n'y a pas de données spécifiques dans la loi [pour les permissions de sorties pour examens ou traitements médicaux], enfin pas à ma connaissance en tout cas. Le seul truc qui existe, c'est une libération anticipée pour raison médicale. [...] Mais il faut déjà être bien malade pour qu'on puisse reconnaître que le détenu ne sait pas continuer sa détention. » (E5)

b) Flou institutionnel

À ce flou juridique et normatif, vient s'ajouter une seconde dimension du flou, qui touche l'organisation institutionnelle elle-même. Le témoignage de E1 nous livre, d'une part, le constat d'une institution floue, peu lisible même pour ses propres acteurs : la répartition des compétences, les circuits de financement et les responsabilités respectives des parties prenantes interrogées en matière de santé en prison ne font l'objet d'aucune représentation claire et partagée. Cette illisibilité n'épargne pas les responsables d'établissements. E1 souligne ainsi que beaucoup de directeurs de prison méconnaîtraient tant les circuits de financement des acteurs associatifs actifs dans les prisons que la répartition des compétences en matière de santé.

« Beaucoup de directeurs de prison ignorent, ne savent absolument pas comment sont financés les ASBL, ils sont là, ils font des choses, mais ils ne savent pas comment ils arrivent là, par qui ils sont financés. [...] ils ne savent pas du tout qui est compétent, pourquoi, au niveau de la santé, c'est très compliqué. » (E1)

Et d'autre part, E2 met en lumière un second niveau du flou institutionnel qui relève de l'invisibilité statistique car aucune donnée de santé ne serait actuellement produite en détention, l'outil informatique utilisé ne le permettant pas. E2 formule explicitement la conséquence de cette absence de données : sans connaissance de la prévalence ni des actes de dépistage réalisés, aucune politique de santé ne peut être construite ni évaluée.

« comment on peut faire une politique de soins si on n'a pas de données de prévalence, de dépistage, on ne sait pas ce qui est fait. [...] si on fait poser une question parlementaire pour dire combien de personnes ont été dépistées de tels et tels cancers, [...], ils sont incapables de donner des éléments. Comment on peut faire une politique de santé, quelle qu'elle soit, si on ne sait pas de quoi on parle ? » (E2)

Le témoignage de E7, dont la position est plus éloignée du terrain, fait écho à celui de E2. Celui-ci indique que certaines participations aux dépistages organisés des cancers peuvent être identifiées par appariement entre les personnes dépistées et l'adresse postale d'un établissement pénitentiaire. Cependant, aucune statistique spécifique ne permet d'évaluer la couverture du dépistage en détention ni de la comparer à celle de la population générale.

« [...] si on fait une relation entre l'individu et une adresse postale d'une prison, on sait qu'il y a des personnes qui suivent ces dépistages, mais on n'a pas de statistiques précises [...]. On sait qu'il y a une femme sur deux qui est dépistée[dans la société libre], on ne sait absolument pas si cette proportion est la même dans les prisons des femmes. » (E7)

Cette invisibilité statistique ne serait donc pas seulement le reflet du flou institutionnel : elle pourrait aussi contribuer à l'entretenir. En l'absence de données de prévalence et de dépistages, le problème de santé ne peut être objectivé et, faute d'objectivation, il est compliqué de mettre en place une politique de santé.

Ce flou institutionnel vient de la complexité de notre système belge, décrit par les parties prenantes interrogées comme une « lasagne institutionnelle ».

Au regard du cadre AAAQ, ce thème concerne principalement la disponibilité, dans la mesure où les parties prenantes interrogées décrivent des incertitudes juridiques et organisationnelles ainsi qu'un manque de données concernant le nombre de personnes dépistées ou pas dans les prisons, ne facilitant pas le déploiement des dépistages organisés.

Le flou juridique autour des permissions de sortie pour raison médicale relève, lui, de l'accessibilité bureaucratique et administrative, car les procédures font l'objet d'interprétations contradictoires entre acteurs en référence à un cadre légal peu clair aussi.

La lasagne institutionnelle

Plusieurs parties prenantes interrogées ont évoqué la « lasagne institutionnelle » belge pour décrire la fragmentation, voire la dilution, des compétences et responsabilités en matière de santé. La « lasagne institutionnelle » renvoie à la structure du système tandis que le flou désigne ce que cette structure produit concrètement pour les acteurs.

Les compétences liées à la médecine préventive, à la prévention et à la promotion de la santé pour la population générale, relèvent des entités fédérées. En Wallonie, ces missions sont notamment exercées par l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité). En revanche, la médecine curative relève de l'État fédéral, principalement par l'intermédiaire de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité).

Pour les personnes détenues, la santé dans l'ensemble de ses dimensions, préventive comme curative, dépend du SPF Justice. Toutefois, depuis 2023, les personnes détenues peuvent être affiliées à une mutuelle de façon partielle.

«[...]il y a eu une réforme en 2023 où les personnes détenues sont partiellement rattachés à la mutuelle, mais il y a quand même toute une partie des soins qui restent à la charge de la DG-EPI, l'administration pénitentiaire, et c'est une enveloppe fermée. » (E2)

Sous la loupe de la lasagne institutionnelle, se dégagent plusieurs constats importants tels que l'empilement des niveaux de pouvoir, la dilution des responsabilités, le renvoi de compétences entre institutions et le manque de gouvernance claire. E3 énonce ce que représente précisément la lasagne institutionnelle au niveau des prisons ainsi que sa complexité bureaucratique et administrative.

« Il y a déjà un frein au niveau, [...], beaucoup plus macro institutionnel, donc le fait qu'on soit dans cette lasagne institutionnelle... régions, le fédéral, qu'il y ait le soin, qu'il y ait la justice en prison, que le soin et la justice soient scindés dans les prisons. La complexité bureaucratique et administrative qui est là normalement pour réguler les choses [...] est contre-productive dans l'accès aux soins pour les personnes incarcérées. Ça, c'est un premier étage, on va dire. » (E3)

La dilution des responsabilités est également bien décrite par E3 tant au niveau des prisons qu'à un niveau plus général :

« [...] le fait que les compétences soient réparties entre différents niveaux de pouvoir, entre différents ministres,[...] on est toujours confronté à des personnes qui, si à un moment veulent botter en touche, ils ont facile, parce qu'il y en a 9, 8, 10 à côté [...]. Et donc tant que ça ne repose pas sur les épaules d'une seule et même personne, c'est très compliqué, parce que les responsabilités[...] sont diluées. [...] s'il y a une catastrophe, tout ça sera dilué. » (E3)

E2 donne de son côté sa vision plus pragmatique de cette lasagne institutionnelle.

« Et donc, c'est facile de dire que ce n'est pas ma compétence, ça c'est les autres, ça c'est toi. Au final, personne ne s'en occupe et ça ne préoccupe pas grand monde [...] Les personnes détenues, [...] on est sur 20 000 personnes.» (E2)

La fragmentation des compétences et des responsabilités ne fait pas que compliquer l'action : elle permet aussi à chacun de se désengager et n'incite pas les acteurs à penser leur rôle dans une perspective de santé publique. De plus, cette configuration ne fait pas émerger une réflexion pourtant essentielle, formulée par E2 : l'enfermement pourrait constituer une occasion de soins, puisque les personnes détenues sont « sous la main » et donc plus accessibles qu'elles ne le sont habituellement pour les actions de prévention.

«[...]les soins en prison dépendent de la justice, ce n'est pas leur boulot, ils ne sont pas dans une logique de santé publique,[...] et pas forcément de se dire qu'en fait, on a une responsabilité en tant qu'institution qui enferme des gens,[...] de profiter du fait qu'on a des personnes sous la main, et que du coup, c'est une occasion de soins [...] ils gèrent les soins localement, mais il n'y a pas de réflexion plus large » (E2)

Au regard du cadre AAAQ, ce thème relève principalement de la disponibilité car la fragmentation des compétences et la dilution des responsabilités rendent difficile le déploiement d'une offre structurée de dépistages.

La complexité administrative qui en résulte et décrite par une personne interrogée comme « *contre-productive* » relève également de l'accessibilité bureaucratique et administrative dans la mesure où elle constitue des « *étapes procédurales à franchir avant d'accéder au service* » (46).

Projets de Prévention et promotion de la santé dans les prisons

De manière générale, l'offre de prévention en milieu carcéral semblerait très limitée, comme le signale E2 :

« Alors, à ma connaissance, il n'y a pas grand-chose. Mais comme de manière générale, sur tout ce qui est prévention, en fait, en milieu carcéral, c'est quand même très pauvre. » (E2)

Le récit de E1 retrace l'histoire récente des projets de prévention et promotion de la santé (PPS) financés par la Région wallonne en milieu carcéral. Un premier projet en 2019, confié à une ASBL coordinatrice unique, pour trois ans, avant d'être fortement perturbé par la crise sanitaire et de s'achever vers 2022. Une deuxième version, ouverte à plusieurs opérateurs de terrains et inscrite dans les axes du plan wallon de prévention et de promotion de la santé (WAPPS), entre

mentale et réduction des risques lui aurait succédé. E3, dont le témoignage porte sur le même dispositif, en évoque une enveloppe de l'ordre de 900 000 euros. Une troisième version de l'appel à projets aurait toutefois été abandonnée en 2025, à la suite d'un arbitrage budgétaire de la nouvelle majorité régionale :

« Par la suite, on a travaillé sur une troisième version de cet appel à projet. [...]. C'était en 25. Et ça n'a pas été avec le gouvernement. Les partenaires de la majorité ont préféré allouer les ressources à d'autres fins. Et donc, actuellement, il n'y a plus de projet aussi ambitieux qui est organisé. » (E1)

Le paysage actuel se réduirait depuis lors à deux opérateurs encore actifs en milieu carcéral pour la Wallonie (SES Huy et I.Care). Ce récit montre que la prévention en prison, en Wallonie, reste précaire : elle dépend surtout de projets temporaires et de financements limités, qui peuvent être arrêtés selon les choix politiques et budgétaires. Elle n'est donc pas organisée comme une mission durable, contrairement aux dépistages des cancers destinés à la population générale, qui bénéficient d'un cadre stable et pérenne. Le sort de la troisième version de l'appel à projets illustre très bien cette catégorie de déterminants politiques de l'(in)action.

Au regard du cadre AAAQ, ce thème relève principalement de la disponibilité car l'offre de prévention est décrite comme étant limitée, reposant sur des projets ponctuels et peu financés.

Administrations de santé doivent s'imposer face au SPF Justice
--

Il convient toutefois de préciser d'emblée qu'une seule personne m'a fait part de cette vision qui n'émane pas de l'ensemble du portfolio d'entretiens.

E2 part d'un constat : l'administration n'investit que marginalement le champ carcéral et n'y inscrit pas de stratégie d'ensemble.

« L'[Administration], il y a quelques projets financés, mais quand il y a des stratégies globales, on n'y pense pas. » (E2)

La santé des personnes détenues relevant du SPF Justice, ne constituerait pas, selon les parties prenantes interrogées, une priorité centrale pour cette administration. Pour y remédier, E2 soutient que les administrations compétentes en matière de santé devraient

revendiquer plus activement leur responsabilité à l'égard de ce public, en affirmant plus fermement leur compétence face à l'administration de la Justice.

« Pour moi, ça devrait faire partie d'un rapport de force. Les administrations dont la santé est la compétence devraient essayer d'imposer un rapport de force avec la justice en disant : c'est notre compétence, ça fait partie des publics, c'est des gens qui sont sur notre territoire, on doit s'en occuper. » (E2)

6.3.2. L'institution carcérale comme environnement défavorable aux soins

Cette catégorie, qui relève d'un niveau méso, rassemble des thèmes qui décrivent l'institution carcérale comme un environnement défavorable aux soins.

Les parties prenantes interrogées ont abordé ce constat sous différents angles.

Priorités et contraintes institutionnelles
--

a) Une institution organisée autour de la sécurité.

On pourrait croire que ce constat émane uniquement d'acteurs extérieurs plus critiques, or E5, qui occupe un poste de cadre en prison, nous exprime cette réalité carcérale.

« [...] il y a la sécurité évidemment. Ça c'est quand même primordial. La sécurité c'est le numéro un qu'on doit assurer dans une prison. [...] » (E5)

« [...] les agents pénitentiaires ne sont pas là pour prendre soin du détenu en tant que tel. Ils sont là pour assurer la sécurité et la réinsertion du détenu. Certes, la santé va aider à la réinsertion, mais ce n'est pas le premier déterminant qui va être recherché, en fait. » (E5)

E2 va plus loin et mentionne des soins non seulement négligés mais étrangers à la mission de l'institution carcérale.

« [...] une institution dont c'est pas le métier, et dont c'est pas le focus principal, les considérations de la justice, c'est la sécurité, c'est la sanction, c'est pas de soigner les gens. » (E2)

b) Les soins conditionnés aux contraintes sécuritaires et aux filtres hiérarchiques.

E3 nous décrit une organisation très hiérarchisée où la procédure semble primer sur tout le reste.

« Que vous arriviez à convaincre actuellement un directeur de prison ou un gardien de la nécessité et de l'importance du dépistage, qu'ils vous disent oui ou non, eux ils mettront en application les choses, les ordres qui leur viennent de leur hiérarchie. » (E3)

Si on envisage la trajectoire des dépistages en prison :

- Transmettre aux personnes détenues des courriers d'invitation et des kits de dépistage pour le cancer colorectal (enveloppe bleue bien identifiable), E5 nous dit :

« Recevoir du courrier, il y a une censure qui existe, [...], il est quand même ouvert pour vérifier le contenu. [...] il y a quand même des éléments de vérification aussi de sécurité à ce niveau-là qui sont réalisés. » (E5)

- Renvoyer du prélèvement pour analyse dans le cas d'un dépistage du cancer colorectal. E5 nous explique :

« Des prélèvements ?[...] Il faudrait une autorisation, je pense. C'est compliqué. C'est compliqué.[...] Ce serait plus simple de partir directement via le service médical [...] » (E5)

- Réaliser des examens ou examens complémentaires (en cas de positivité) à l'extérieur de la prison. E7 identifie cette étape de la trajectoire du dépistage comme un frein en faisant les liens avec les priorités sécuritaires :

« [...]si un dépistage s'avère positif et nécessite des examens complémentaires, il faut pouvoir sortir la personne de son milieu carcéral le temps de faire ses examens. Donc ça pourrait être un frein de type sécuritaire [...] et donc pourrait présenter un risque pour la société.» (E7)

Les extractions médicales constituent le point où la contrainte sécuritaire pèse le plus lourdement sur l'accès aux soins.

E2 en décrit d'abord la dimension organisationnelle : à moyens de transport limités, le transfert vers le tribunal l'emporte presque mécaniquement sur le transfert médical.

« [...] s'il y a 12 rendez-vous prévus dans une journée, six pour le palais et six pour aller à l'hôpital, et qu'ils ont trois déplacements possibles, ils vont a priori amener les gens aux tribunaux. Et donc ça renforce le fait qu'il y a souvent des annulations. » (E2)

À cette priorité sécuritaire s'ajoute la lourdeur des conditions d'extraction, qui pèse sur le consentement même à se soigner : au-delà du retard qu'elle occasionne dans l'accès aux soins, cette contrainte peut conduire certaines personnes à y renoncer, l'humiliation et la perte d'intimité l'emportant alors sur le bénéfice attendu.

« Les mesures de sécurité qui sont imposées pendant les extractions sont extrêmement lourdes. [...] indépendamment de leur dangerosité, [...] [les personnes] vont aller à l'hôpital avec deux policiers parfois armés, des menottes, des entraves, avec des policiers qui restent présents pendant la consultation, y compris parfois pour des examens invasifs, du coup intimes. [...] il y a beaucoup de détenus [...] qui refusent ces soins, en disant : moi, je ne veux pas être traité comme ça, c'est trop humiliant. » (E2)

Au regard du cadre AAAQ, ce thème relève principalement de l'accessibilité physique car la priorité mise sur la sécurité, la censure du courrier, les conditions d'extraction, la priorité donnée aux transferts judiciaires rendent le service peu accessible. E2 a même évoqué les policiers armés.

L'autorisation requise pour l'envoi du prélèvement relève de l'accessibilité bureaucratique et administrative.

Et enfin, le caractère humiliant des extractions, tel que rapporté touche à l'acceptabilité.

Dans cette partie, nous allons examiner la qualité des soins et la relation de confiance entre les personnes détenues et les soignants telle que la rapportent les parties prenantes interrogées.

E2 relie une faible satisfaction à l'égard des soins, un manque de confiance dans le personnel médical et une tendance des personnes détenues à différer leur prise en charge :

« [...] il y a quand même plutôt faible satisfaction à l'égard des soins qui sont dispensés [...], je pense qu'il y a aussi un manque de confiance dans le personnel médical, il y a beaucoup de personnes qui nous disent retarder les soins : je ferai ça quand je serai sortie, ce n'est pas la prison qui va gérer. » (E2)

En prison, le dépistage n'est pas seulement freiné par l'organisation. Il peut aussi être refusé par certaines personnes détenues, par manque de confiance dans les soins proposés.

Ce manque de confiance se comprend par différentes failles de l'organisation des soins en prison.

- a) Manque de temps par manque d'effectif décrit par E2 et confirmé par E5.

« [...] ils ne sont pas assez nombreux, [...] les consultations en moyenne sont très courtes, la plupart des consultations, c'est quelques minutes, ils gèrent ce qu'il y a à gérer. »(E2)

« Moi, j'ai assisté à plein de consultes. C'est plutôt du très rapide. Parce qu'ils ont beaucoup de détenus à voir. » (E5)

- b) Peu de protocoles et problème dans la transmission des informations et résultats médicaux.

« [...] l'organisation de soins de santé est très pauvre en prison, il y a très peu de protocoles, très peu de guidelines qui sont diffusés auprès des médecins,[...]. Est-ce qu'une fois par an, on s'assure que toutes les personnes qui peuvent être dépistées le sont ? » (E2)

- c) Pas de contacts entre les médecins en fonction de leurs vacances. Pas de suivi possible pour les personnes détenues.

« Il y a des prisons dans lesquelles c'est deux médecins qui font des vacances qui ne se croisent jamais. [...] La personne détenue, selon le jour où elle voit quelqu'un, il n'y a pas de suivi, il n'y a pas de concertation. » (E2)

- d) Les médecins expliquent parfois trop peu leur rôle et le fait qu'ils sont tenus au secret professionnel. Cela peut renforcer la méfiance des personnes détenues, surtout lorsque celles-ci comprennent difficilement les informations de santé ou maîtrisent mal la langue.

« [...] la posture n'est pas suffisamment assumée et expliquée de : moi, je suis là pour vous soigner, [...] si c'est confidentiel, ça n'ira pas dans votre dossier pénal. Mais [...] il y a plein de détenus qui n'ont pas confiance [...] dans comment ça va être utilisé, à qui vont être donnés les résultats. » (E2)

- e) Les conditions matérielles des consultations médicales paraissent peu propices à l'instauration d'un climat de confiance pour les personnes détenues.

« [...] quand vous avez des consultations de trois minutes debout avec la porte ouverte... Moi, si je vais chez le médecin et qu'il m'accueille trois minutes debout avec la porte ouverte et qu'il y a des patients à côté — et des agents aussi —, je ne vais pas lui raconter grand-chose. [...] la confiance, le contexte la permet très difficilement. » (E2)

E5 apporte du crédit à toutes ces craintes exprimées par E2

« Il y a le secret médical, mais il n'y a rien à faire. Tout se sait, en fait, en prison. » (E5)

Enfin, il semblerait que certains médecins ou services infirmiers selon leur sensibilité ou leur possibilité parviennent à proposer certains dépistages aux personnes détenues.

E2 le formule sans détour, et E6 confirme cette part d'initiative discrétionnaire.

« Le dépistage, c'est une farce. Oui, il y a des dépistages, mais pas automatiques, sans explication à la personne détenue de pourquoi il y a un dépistage. » (E2)

« [...] chaque médecin généraliste a aussi ses propres affinités, son propre code de conduite. Certains sont peut-être plus sensibles à certaines thématiques alors que d'autres le sont pour d'autres. Donc il peut aussi y avoir des variantes individuelles au sein des prisons. » (E6)

À titre d'illustration, E2 évoque le cas d'une patiente dont le diagnostic de cancer aurait été retardé après qu'une prise de sang anormale soit restée plusieurs mois sans suivi.

Bien qu'il s'agisse d'un cas isolé, rapporté par une seule répondante et ne pouvant donc être généralisé, il permet néanmoins de saisir les conséquences potentiellement graves d'un défaut de suivi, dans un contexte où les enjeux peuvent être vitaux.

« [...] j'ai le souvenir d'une patiente qui avait un cancer et le service médical [...] avait traîné parce qu'elle avait fait une prise de sang et puis ils n'avaient pas vu la prise de sang et puis au bout de six mois, ils s'étaient rendu compte qu'en fait il y avait un cancer [...] qu'ils fassent des permissions de sortie pour raison médicale, ça n'avancait pas » (E2)

Ces éléments montrent que la méfiance de certaines personnes détenues ne relève pas seulement d'un choix individuel. Elle s'explique aussi par un contexte où l'organisation des soins, le manque de suivi, les difficultés de communication et les conditions de consultation rendent difficile la construction d'une relation de confiance. Dans ce cadre, certaines personnes peuvent préférer attendre leur sortie de prison pour se faire dépister ou même se soigner.

Au regard du cadre AAAQ, ce thème renvoie à la qualité des soins avec des effectifs insuffisants, une absence de protocoles harmonisés, des ruptures de suivi, une variabilité des pratiques et des conditions matérielles de consultation peu propices à un environnement privé et confidentiel.

L'acceptabilité quant à elle est rapportée par les parties prenantes interrogées, et concerne la relation de confiance, la confidentialité, le secret médical, le respect de la personne, etc.

6.3.3. Iniquités de santé des personnes détenues telles que rapportées par les parties prenantes proches du terrain

Cette troisième catégorie, de niveau micro, nous donne à voir les effets du système sur la santé des personnes détenues. Trois dimensions sont ressorties de cette analyse : les inégalités de soins par rapport aux personnes libres, les vulnérabilités cumulées de ce public, et les conséquences d'une santé dégradée sur la réinsertion.

Le principe d'équivalence des soins veut que les personnes détenues puissent bénéficier d'une prise en charge équivalente à celle offerte à la population libre. Plusieurs parties prenantes interrogées y font explicitement référence. E6 évoque un principe de « *normalisation de la détention* » visant à garantir l'accès aux mêmes services qu'à l'extérieur.

E5 formule ce principe.

*« [...] le détenu est censé avoir les mêmes droits à l'extérieur qu'à l'intérieur.
Donc au niveau médical, il est censé pouvoir bénéficier des mêmes avantages à
l'extérieur qu'à l'intérieur. » (E5)*

Cependant, malgré ce principe d'équivalence des soins, les personnes détenues ne semblent pas bénéficier d'un accès effectif aux dépistages organisés des cancers et, selon les parties prenantes interrogées, aucun dispositif structuré n'est actuellement mis en place au sein des prisons.

*« [...] c'est quand même pas anodin de ne rien faire pour 4500 personnes.[...]. Au niveau des
dépistages, rien n'est fait, à ma connaissance. Rien n'est fait pour les prisons. » (E1)*

*« [...] dépistage organisé des cancers [...], moi, rien. Parce que j'ai l'impression
que ça n'existe pas. [...] je ne pense pas que ce soit quelque chose qui est fait de
manière structurelle. » (E6)*

E4, qui a enquêté sur le terrain, confirme que rien n'incite les personnes détenues à se faire dépister pour les cancers et que la démarche repose entièrement sur l'initiative personnelle du détenu.

« Il n'y a rien qui est fait en termes de prévention [...] personne n'est incité à aller se faire dépister. Je parle vraiment pour les cancers [...]. Ça doit venir d'eux, en fait. » (E4)

Cette absence de dépistages organisés dans les prisons a des conséquences concrètes : faute de détection précoce, les cancers sont découverts tardivement, au stade des symptômes.

E4 rapporte ainsi les cas observés.

« [...] le peu à qui on en a parlé ont l'air étonnés si on leur parle de dépistage de cancer [...]. Une personne qu'on a rencontrée fait ce dépistage parce que déjà à l'extérieur il le faisait [...]. Mais quand on ne le sait pas avant de rentrer... personne ne leur en parle à l'intérieur. » (E4)

L'appariement entre participations aux dépistages et adresses postales des établissements pénitentiaires, seule trace statistique disponible (cf. 6.3.1), fait toutefois apparaître un tableau non uniforme : des participations s'observent, notamment parmi les personnes domiciliées dans une maison de peine wallonne. Nous avons soumis ce constat aux parties prenantes interrogées afin de recueillir leurs hypothèses explicatives. Celles-ci tiennent d'abord au régime de ce type d'établissement qui accueillent des personnes condamnées, aux durées de séjour connues :

« On sait combien de temps on a les personnes [...] c'est plus facile de prévoir [...] de faire le suivi dans de meilleures conditions » (E2)

et à la domiciliation qui en découle :

« ça pourrait s'expliquer par le fait que ce soient des personnes condamnées pour des peines qui sont plus longues. Donc ils ont peut-être défini leur adresse dans la prison » (E6).

Une structure d'âges plus élevés, davantage concernée par les tranches ciblées par les programmes, est également évoquée, avec prudence :

« Et la deuxième explication, c'est peut-être, vu qu'il y a des longues peines, il y a peut-être plus de personnes âgées qui sont présentes. Mais ça, c'est une hypothèse. On ne sait pas le vérifier comme ça. » (E6).

Quand bien même l'information parviendrait à la personne, la trajectoire du dépistage se heurte ensuite à des obstacles propres au milieu carcéral. E1 souligne que toute la chaîne doit être pensée : réception du courrier, renvoi de l'échantillon dans les délais, accès à la coloscopie en cas de positivité, faute de quoi le dépistage perdrait son sens au regard des critères de Wilson et Jungner.

« Il faut juste que la personne puisse avoir accès à la coloscopie si elle est positive [...], qu'elle ait accès à son courrier [...] et qu'elle puisse renvoyer

l'échantillon endéans les délais. [...] c'est bien de dépister, mais s'il n'y a pas de solution [...] il faut qu'il y ait une suite possible à ce dépistage. » (E1)

À ces obstacles s'ajoute une difficulté concrète et peu visible : l'intimité nécessaire au prélèvement de selles pour le dépistage colorectal, quasi impossible à préserver en cellule partagée et sans sanitaires séparés.

« [...] les prisons où il y en a 2, 3 ou 4 [...], c'est un peu délicat de faire ce genre de prélèvement. [...] même pour les toilettes, il n'y a pas forcément de paravents. [...] c'est très compliqué pour l'intimité. » (E4)

E5 confirme cette difficulté et son prolongement car même prélevé, l'échantillon doit être conservé en cellule en attendant qu'un agent vienne le récupérer, et aucune solution alternative n'est prévue dans les locaux médicaux.

« L'idéal, en fait, c'est que on vienne le rechercher [...]. Parce que c'est compliqué[...]. Il faut se rendre compte qu'en prison, on n'est pas chez soi, quoi. On met pas ça dans une boîte rouge, et puis voilà. » (E5)

Au-delà de l'accès au dépistage en lui-même, plusieurs parties prenantes interrogées situent ces inégalités dans un cadre de droits. E3 mentionne la loi de principes, censée garantir l'accès aux soins et qui est, selon lui, « quotidiennement bafouée », tandis que E2 plaide pour que « la continuité et l'équivalence des soins soient mises en œuvre ».

Ces constats différents convergent vers une notion formulée de façon récurrente lors des entretiens : celle de la « double peine » puisqu'à la privation de liberté s'ajoute une perte de chances, un cancer pouvant évoluer sans détection et se révéler trop tard.

« Si tu as le malheur de faire une bêtise [...], une mauvaise tranche d'âge dans ta vie, tu es susceptible de développer un bazar. Et un jour, quand tu sors, il est peut-être trop tard. [...] C'est la double peine. » (E1)

« Je pense que prévenir la survenue d'un cancer, tous les détenus ne sont pas condamnés à vie. Donc prévenir la survenue d'un cancer, c'est leur offrir une qualité de vie en sortant de prison. » (E7)

Au regard du cadre AAAQ, l'écart entre le principe d'équivalence des soins et l'absence de dépistages organisés relève de la disponibilité : « j'ai l'impression que ça n'existe pas » (E6). Lorsqu'un parcours de dépistage existe, il se heurte à des obstacles d'accessibilité physique tels que réception du courrier, conservation et renvoi de l'échantillon dans les délais, accès à la coloscopie en cas de positivité et d'accessibilité de l'information, qui ne parvient pas jusqu'à la personne tels que les courriers d'invitation ou les résultats. L'intimité du prélèvement, impossible à préserver en cellule partagée, touche elle à la qualité, que le cadre associe à un environnement privé et confidentiel.

6.3.4. Perspectives de transformation : les leviers de changement

Cette dernière catégorie se distingue par son caractère tourné vers le changement et l'amélioration, nous ne décrivons plus les obstacles, mais les pistes de transformation proposées par les parties prenantes interrogées. C'est le thème le plus présent dans le portfolio d'entretiens et toutes les parties prenantes interrogées y contribuent. Malgré la sévérité du constat posé, le discours des acteurs reste largement orienté vers les solutions. Les leviers évoqués se regroupent en six catégories, des plus structurelles aux plus opérationnelles.

Le transfert de compétences vers la santé publique

Le levier le plus structurel, évoqué par E1, E2 et E3, consiste à transférer la compétence de la santé en prison vers la Santé publique plutôt que de la laisser à la Justice.

E2 l'exprime d'ailleurs très clairement.

« [...] il faudrait que la compétence des soins de santé en prison relève de la santé publique qui, du coup, serait là dans une logique de santé publique. [...] le fait qu'on aurait une administration qui est pilotée par une logique de santé publique, on pense quand même que ça changerait les choses. » (E2)

E2 précise l'intérêt concret de ce transfert : le SPF Santé publique a l'habitude de collaborer avec les entités fédérées compétentes en prévention, ce qui rendrait les partenariats nécessaires au dépistage plus naturels.

« Dans un monde idéal, la santé publique gère les soins de santé en prison, elle sait qu'il y a le volet dépistage qui doit être organisé, elle a l'habitude de travailler sur ces questions-là avec d'autres entités, et donc il y a des collaborations qui sont envisageables. » (E2)

E1 nous fait part de certaines avancées (« doucement ») déjà amorcées, la compétence de prévention revenant aux entités fédérées.

« [...] le fédéral se positionne tout doucement avec les soins de santé en milieu carcéral, que la part de la prévention, tout ce qui est dépistage, médecine, prévention primaire, secondaire, du coup, ça nous revient. Ces dépistages, il faudra les faire. » (E1)

E3, qui participe lui-même à la réforme en cours, situe également la solution à ce niveau institutionnel, tout en soulignant la difficulté du chantier.

« Donc moi je pense que c'est surtout une réforme de l'État éventuellement qui pourrait changer les choses. » (E3)

Convaincre les politiques : les arguments du plaidoyer

Plusieurs parties prenantes interrogées rappellent que le principal blocage est d'ordre politique, et qu'il faut donc convaincre les décideurs. Au-delà de cette cible, le portfolio d'entretiens fait surtout apparaître un ensemble d'arguments mobilisables, qui convergent de manière remarquable. Le premier, considéré comme le plus audible politiquement, est l'argument coût-bénéfice : dépister coûte moins cher que traiter tardivement.

« [...] c'est bien aussi de dépister, enfin prendre en amont, ça coûte moins cher que d'attendre que la situation se détériore. » (E2)

« [...] investir dans la prévention à ce niveau-là pourrait leur faire des bénéfices à long terme [...]. Souvent, c'est un peu l'argent qui prime, c'est triste. [...] mais on sait quand même que ça peut être un argument qui vaut au niveau des politiques. » (E4)

À cet argument économique s'ajoutent l'ampleur du public concerné, le vieillissement de la population carcérale et la surreprésentation des facteurs de risque, qui rendent le dépistage d'autant plus pertinent.

« C'est important. C'est 4000 personnes. [...] On sait qu'on vit de plus en plus vieux. L'âge moyen en prison augmente de plus en plus. Et donc ces gens vont développer des maladies. Ils vont développer des cancers qui seraient sans doute détectables précocement. » (E1)

E5, depuis une position de cadre sur le terrain, avance un argument particulièrement stratégique : retourner la logique sécuritaire en faveur du dépistage.

Prévenir un cancer, c'est aussi réduire les extractions futures et donc la charge en personnel, ainsi que les risques d'évasion ou d'incident.

« Parfois, ça permet d'éviter un cancer plus tard, et [...] ça pourrait aussi diminuer les extractions du détenu. [...] on va y regagner en termes de personnel, en termes de sortie [...] et donc de risque d'évasion, par exemple, ou d'incident. [...] ça, ça peut être un levier. » (E5)

Faire venir l'offre plutôt que sortir les personnes détenues

La famille de leviers la plus consensuelle, partagée par la quasi-totalité des parties prenantes interrogées, consiste à amener le dépistage en prison plutôt qu'à en extraire les personnes. Les unités mobiles, sur le modèle du Mammobus, reviennent dans presque tous le portfolio d'entretiens.

« Une idée qui pourrait être pas mal du tout, c'est qu'en province de Luxembourg, il y a le Mammobus [...] qui fait de la mammographie, qui distribue aussi les colotests. Et [...] d'un système un petit peu similaire, peut-être pour aller dans les prisons, à réfléchir, pourquoi pas. » (E1)

E7 apporte une précision technique décisive pour lever l'objection sécuritaire : à l'exception de la mammographie, qui nécessite un bus équipé, les dépistages du col de l'utérus et du cancer colorectal reposent sur un autoprélèvement, sans matériel susceptible de poser un problème de sécurité.

« [...] à part la mammographie qui nécessite effectivement un bus équipé, pour le reste, le dépistage de la peau, le dépistage du col de l'utérus avec un autoprélèvement, le dépistage du cancer colorectal avec un autoprélèvement ne nécessite aucun matériel qui pourrait nuire à la sécurité entrante et sortante. » (E7)

Surtout, ce levier n'a rien d'hypothétique : E5 rappelle que des dispositifs mobiles sont déjà intervenus en prison par le passé, notamment pour le dépistage de la tuberculose. Selon cette personne, la principale condition de réussite est avant tout organisationnelle : disposer d'une personne dédiée à la coordination.

« À une époque, à Forest, on faisait aussi les dépistages TBC [...] par le car de la FARES. [...] Ce n'est pas impossible. Ça demande juste une organisation. [...] il faut quelqu'un qui soit une personne attirée et qui puisse prendre ça en charge. »
(E5)

La coordination en amont avec l'administration pénitentiaire

E6 insiste sur une condition de faisabilité importante c'est que pour que cela puisse fonctionner, il faut penser le dispositif avec l'administration pénitentiaire dès sa conception.

« [...] avant même que la Région wallonne accorde un budget à ce type d'initiative, [...] il faut qu'il y ait vraiment une concertation menée avec l'administration pénitentiaire. [...] Ça doit vraiment être pensé avec l'administration pénitentiaire dans la construction du projet. » (E6)

E6 formule également le principe organisationnel central : ne pas alourdir la charge d'un personnel déjà débordé, mais faire porter le maximum de la démarche par les intervenants extérieurs.

« [...] comment faire en sorte que ça n'implique pas une charge au personnel déjà sur place, et comment nous, à l'extérieur, on peut prendre le plus à notre charge. [...] Parce que c'est comme ça que vous pourrez rentrer. » (E6)

Informier et sensibiliser

Un levier plus élémentaire, mais préalable à tous les autres, concerne l'information.

E7 souligne que celle-ci n'atteint déjà pas le milieu carcéral, et que le premier pas consiste simplement à faire savoir que ces dépistages existent, qu'ils sont gratuits et sans risque.

« [...] il faut écrire et convaincre les directions, les services infirmiers et médicaux des prisons pour leur dire que ça existe, que ça n'a pas d'impact financier [...]. Je crois qu'il faut d'abord signaler que ces dépistages existent et que tout un chacun y a droit. » (E7)

E4 insiste sur la nécessité d'adapter ces campagnes au public carcéral, en les rendant simples et accessibles, y compris pour les personnes non francophones.

« Une campagne adaptée [...] qui déjà n'est pas trop compliquée à comprendre et peut-être qui est traduite aussi, parce qu'il y a aussi des gens qui ne parlent pas forcément français en prison. Et une campagne adaptée au milieu. (E4)

E4 et E7 évoquent enfin le rôle de relais que pourraient jouer les associations de terrain et les services médicaux, déjà présents et sensibilisés, ainsi que l'idée d'espaces de concertation entre soignants pour organiser le dépistage de manière systématique.

Un levier plus radical et systémique : enfermer moins

Enfin, E2 formule un levier d'un autre ordre, plus radical et qui dépasse la seule question du dépistage : réduire le recours à l'incarcération. Cette position, exprimée par une seule partie prenante interrogée, est cohérente avec sa lecture des effets délétères de la prison sur la santé et rapportée ici car elle est défendue par des experts tels que la Professeure Olivia Nederlandt (51).

« [...] il faut arrêter d'enfermer. Il y a plein de gens qui n'ont rien à faire en prison. [...] moins de personnes en prison [...], de réfléchir à qui on enferme, pourquoi on enferme. Quand on voit les effets que la prison a sur la santé, je pense qu'il y a quand même une vraie réflexion à mener là-dessus. » (E2)

E2 articule cette position à l'exigence, pour celles et ceux qui demeurent incarcérés, d'un plein respect du droit à la santé.

« [...] faire en sorte que pour celles et ceux qui finissent quand même enfermés, elles puissent être accompagnées, que leur droit à la santé soit respecté, que la continuité et l'équivalence des soins soient mises en œuvre. » (E2)

Ensemble, ces leviers forment une progression logique : d'un changement structurel (le transfert de compétences) à des actions immédiatement applicables (unités mobiles, autoprélèvement, campagnes adaptées), en passant par les arguments politiques et les besoins de coordination.

Au regard du cadre AAAQ, le transfert des compétences SFP Justice vers le SPF Santé publique vise à créer une disponibilité. Les unités mobiles et l'autoprélèvement visent à restaurer l'accessibilité physique en amenant le service au plus près des personnes détenues. L'information adaptée et traduite, relève de l'accessibilité de l'information.

7. Discussion, conclusion et perspectives

Les résultats de notre recherche montrent que l'accès aux dépistages organisés des cancers en milieu carcéral wallon n'est pas entravé par un obstacle unique, mais par une multiplicité de freins qui se cumulent, depuis l'inaction publique jusqu'aux iniquités de santé vécues par les personnes détenues, telles que rapportées par les parties prenantes interrogées.

Pour rappel, dans le cadre de ce travail, nous n'avons pas eu l'opportunité de recueillir les perceptions des personnes détenues elles-mêmes. Nos résultats ainsi que cette discussion ont donc été élaborés exclusivement à partir des témoignages et des points de vue des parties prenantes que nous avons pu interroger.

Notre analyse inductive a permis de faire émerger quatre catégories principales : les déterminants structurels et politiques de l'(in)action publique (niveau macro), l'institution carcérale en tant qu'environnement défavorable aux soins (niveau méso), les iniquités de santé vécues par les personnes détenues (niveau micro) et les leviers de transformation. Ces quatre catégories seront examinées à la lumière du cadre AAAQ et de ses quatre dimensions : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. La dimension de l'accessibilité se décline, quant à elle, en cinq composantes : l'accessibilité physique, l'accessibilité bureaucratique et administrative, l'accessibilité de l'information, l'accessibilité financière et l'accessibilité sociale.

7.1. Synthèse des résultats en fonction du cadre AAAQ

Relus à la lumière du cadre AAAQ, les résultats de notre analyse sont réorganisés selon les quatre dimensions de ce cadre. Cette lecture transversale fait apparaître que les obstacles décrits ne se logent pas dans une seule des quatre catégories issues de notre analyse, mais se répondent d'un niveau à l'autre, du macro (niveau structurel) au micro (au niveau du vécu des personnes détenues). Cette synthèse ne présente aucun élément nouveau : elle réorganise les constats établis au chapitre 6, auquel le lecteur est renvoyé pour les verbatims qui les fondent. Nous rappelons que les éléments décrits sont rapportés par les parties prenantes interrogées et ne traduisent pas l'expérience directe des personnes détenues.

Disponibilité

Les parties prenantes interrogées convergent vers un même constat : il n'existe, à leur connaissance, aucun dispositif structuré de dépistages organisés des cancers dans les prisons wallonnes, alors même que le principe d'équivalence des soins devrait le garantir (29). Cette absence n'est pas présentée comme un « oubli » isolé, mais comme le produit de différentes logiques qui s'accumulent :

- une faible priorisation politique et budgétaire, le dépistage étant d'abord abordé comme un coût, sur fond d'une moindre légitimité accordée aux personnes incarcérées
- un flou institutionnel, lié au morcellement des compétences qui dilue les responsabilités, aggravé par une invisibilité statistique qui empêche d'objectiver le problème
- un flou juridique tenant à l'imprécision de textes sur lesquels les acteurs n'ont pas de lecture commune.

L'offre de prévention en prison reste dès lors précaire, suspendue à des appels à projets ponctuels dont la dernière version a été abandonnée en 2025, à la suite d'un arbitrage budgétaire, là où le dépistage, dans la population générale bénéficie d'un cadre pérenne. Les leviers proposés par les parties prenantes interrogées répondent à ce manque : transférer la compétence de la santé en prison vers la santé publique permettrait d'installer une offre structurée et durable. La disponibilité apparaît ainsi comme la dimension la plus en amont du problème, celle qui précède toutes les autres.

Accessibilité

Lorsqu'un parcours de dépistage s'amorce malgré tout, il se heurte à des obstacles qui se répartissent entre plusieurs composantes de l'accessibilité.

L'accessibilité physique aux dépistages est fortement compromise par la nécessité d'organiser des extractions médicales. La priorité accordée aux transferts judiciaires, combinée à l'insuffisance des moyens de transport disponibles, entraîne des annulations récurrentes de rendez-vous médicaux. En cas de dépistage positif, l'accès aux examens complémentaires réalisés à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire constitue ainsi l'étape où les exigences sécuritaires entravent le plus fortement la continuité du parcours. Dès lors, les leviers les plus largement soutenus par les parties prenantes interrogées consistent à amener l'offre de dépistage vers le milieu carcéral, plutôt qu'à organiser l'extraction des personnes détenues : unités

mobiles, sur le modèle du Mammobus pour le cancer du sein, et recours à l'autoprélèvement pour les cancers colorectal et du col de l'utérus.

L'accessibilité bureaucratique et administrative est tout d'abord entravée par le flou entourant les permissions de sortie pour raison médicale, dont l'existence même fait l'objet d'interprétations contradictoires entre acteurs de terrain, sur fond d'un cadre légal lui-même peu clair. Elle est également entravée par les autorisations nécessaires pour des démarches pourtant simples, comme l'envoi d'un prélèvement, ainsi que par les modalités de conservation et de renvoi de l'échantillon dans les délais requis, qui dépendent entièrement de l'organisation pénitentiaire.

La complexité administrative, censée réguler le système, dessert l'accès aux soins qu'elle encadre.

L'accessibilité de l'information est défailante en amont de tout le reste : l'information sur les dépistages n'atteint pas le milieu carcéral, le courrier y est ouvert et contrôlé, les lettres d'invitation ainsi que les résultats ne parviennent pas nécessairement jusqu'à la personne, et la démarche repose sur l'initiative individuelle de la personne détenue ou sur la présence d'un personnel soignant sensibilisé. Les leviers proposés insistent sur des campagnes simples, adaptées et traduites pour un public souvent peu francophone.

L'accessibilité financière n'apparaît que de façon indirecte : la gratuité des dépistages organisés est surtout mobilisée comme argument, tandis que le financement des soins en détention relève d'une enveloppe fermée de l'administration pénitentiaire.

L'accessibilité sociale, enfin, n'est pas une dimension que notre portfolio d'entretiens met en évidence : son exploration supposerait le recueil d'expériences vécues directement par les personnes détenues, dont nous ne disposons pas.

Ce tableau des obstacles ne doit toutefois pas masquer les exceptions : certains établissements voient des personnes détenues participer aux dépistages. Nos résultats permettent de formuler plusieurs hypothèses pour expliquer que certains établissements parviennent, mieux que d'autres, à voir des personnes détenues participer aux dépistages. Les premières sont structurelles : en maison de peine, la stabilité de la population et la durée de séjour connue rendent possible la planification d'un dépistage récurrent et favorisent des relations plus suivies entre personnel et personnes détenues ; notamment, lorsque les personnes condamnées à de longues peines établissent leur adresse dans la prison, les invitations peuvent effectivement leur parvenir pour autant que les obstacles sécuritaires soient levés. Une population plus âgée, davantage concernée par les tranches d'âge des programmes, pourrait s'y ajouter, hypothèse que nos parties prenantes interrogées formulent eux-mêmes avec prudence. S'y ajoutent aussi des

leviers individuels tels que la présence locale de soignants sensibilisés au dépistage et la poursuite, en détention, de démarches entamées avant l'incarcération. Ces explications dessinent en creux les conditions d'un accès organisé — stabilité, domiciliation effective, personnel sensibilisé — autant d'éléments qu'un programme structuré pourrait cesser de laisser au hasard.

Acceptabilité

Telle que rapportée par les parties prenantes interrogées, l'acceptabilité est fragilisée par le contexte carcéral lui-même. Les conditions d'extractions : menottes, entraves, présence policière y compris lors d'examens intimes, sont décrites comme tellement humiliantes que certaines personnes renoncent aux soins. À cela s'ajoute un déficit de confiance envers le personnel médical, nourri par le doute sur la confidentialité (« *tout se sait, en prison* »), par un manque de consentement éclairé, et par une tendance à différer la prise en charge jusqu'à la sortie.

Qualité

La qualité des soins, enfin, est décrite comme structurellement entravée : effectifs insuffisants et consultations de quelques minutes, rareté des protocoles et des guidelines, ruptures de suivi liées à des vacations médicales ne permettant pas la concertation et forte variabilité des pratiques laissée à l'initiative discrétionnaire de chacun. Les consultations elles-mêmes, brèves, parfois porte ouverte, sans intimité, sont peu propices à un environnement privé et confidentiel. Un cas isolé de cancer détecté tardivement, après une prise de sang restée plusieurs mois sans suivi, illustre, sans pouvoir être généralisé, les conséquences potentiellement vitales d'un défaut de qualité dans la chaîne de soins et du manque d'échanges entre médecins en prison. Pour le dépistage colorectal, l'exigence d'intimité relève d'autant plus d'un obstacle concret car le prélèvement de selles est quasi impossible à préserver en cellule partagée.

Une lecture en relief

La lecture transversale des catégories inductives de base sous la loupe du cadre AAAQ permet de montrer qu'un même obstacle peut relever de plusieurs dimensions à la fois, et que l'accès des personnes détenues au dépistage ne se jouera pas sur un seul levier, mais sur l'articulation

de plusieurs. Au-delà des obstacles que cette lecture met en évidence, les entretiens laissent transparaître un état d'esprit qui déborde l'analyse par facteurs. Aucune partie prenante n'a eu besoin d'être convaincue de l'intérêt du dépistage des cancers ; ce qui ressort de façon globale tient plutôt de l'émotion. Chez ces parties prenantes, les entretiens font apparaître de la colère, du découragement et de la lassitude face à un système dans lequel même les efforts pour améliorer les choses finissent par s'essouffler. Ces émotions convergent vers un même constat d'injustice : les personnes détenues subissent une forme de « double peine » qui renforce les effets de la privation de liberté.

Les émotions exprimées par les parties prenantes interrogées soulignent que l'accès au dépistage ne constitue pas uniquement une difficulté technique ou organisationnelle, mais une injustice concrètement ressentie par les acteurs concernés.

7.2. Discussion

Trois constats traversent nos résultats et structurent la discussion qui suit.

Le premier, au plus près des personnes détenues, concerne l'écart entre le principe d'équivalence des soins et la réalité rapportée par les parties prenantes interrogées : une offre de dépistage qui, bien qu'existante, ne les atteint pas, et donc une perte de chances face au cancer, avec un diagnostic potentiellement retardé. Ce constat renvoie d'abord à la dimension de la disponibilité du cadre AAAQ. Le deuxième constat replace cet écart dans le contexte carcéral : la prison est principalement organisée autour de la sécurité, ce qui tend à faire passer le soin au second plan et fragilise à la fois l'accessibilité physique, l'acceptabilité et la qualité des soins.

Le troisième remonte aux déterminants structurels et politiques qui rendent ces déficits possibles et durables : la fragmentation des compétences, l'invisibilité statistique, la faible priorisation politique et budgétaire compromettent, en amont de tout le reste, la disponibilité même d'une offre structurée ainsi que son accessibilité bureaucratique et administrative.

Ces constats peuvent être lus à la lumière de deux repères :

- Le premier est le droit à la santé, dont le cadre AAAQ décline le contenu en quatre dimensions concrètes, offrant ainsi une lecture de l'accès aux soins sous l'angle des droits humains (45,47).
- Le second est l'engagement pris par la Belgique dans le cadre des ODD (41) , adoptés par les Nations Unies dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont la cible 3.8 vise à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire

- universelle » (62). Ce « chacun » inclut, par définition, les personnes détenues : c'est le sens même du principe transversal de ce programme, « ne laisser personne de côté », qui appelle une attention particulière aux plus vulnérables (62).

Cette progression, qui remonte du vécu individuel vers le structurel, permet de confronter nos résultats à la littérature, à des sources médiatiques récentes documentant la crise du système carcéral belge, ainsi qu'à des témoignages publiés de personnes détenues.

7.2.1. L'équivalence des soins et la double peine

Le premier constat qui nourrit cette discussion est l'écart entre le droit et la réalité telle que rapportée par les parties prenantes interrogées. Le principe d'équivalence des soins, consacré en droit belge par la loi de principes du 12 janvier 2005 (29) et invoqué spontanément par plusieurs parties prenantes interrogées, voudrait que les personnes détenues bénéficient de soins de santé, y compris préventifs, équivalents à ceux offerts dans la société libre. Or nos entretiens convergent vers un constat unanime : aucun dispositif structuré de dépistage organisé des cancers n'existerait, à la connaissance des parties prenantes interrogées, dans les prisons wallonnes, et la démarche, quand elle a lieu, reposerait entièrement sur l'initiative individuelle de la personne détenue. Cet écart n'est pas documenté par nos seules parties prenantes interrogées : il est dénoncé publiquement depuis l'intérieur même du système de soins, un médecin généraliste exerçant en milieu pénitentiaire ayant récemment décrit dans la presse l'impossibilité d'y soigner correctement les patients, en pointant la contradiction avec la garantie d'équivalence inscrite dans cette même loi (52). Le même constat est posé côté bruxellois, en interrogeant des acteurs du milieu carcéral, Rousseaux et al. mettent en évidence une absence de médecine préventive en prison, un répondant ayant d'ailleurs mentionné qu'il n'y en a *"pas du tout, ni au niveau conseils hygiénico-diététiques, prévention du cancer"* (63). Ce constat d'un dépistage quasi inexistant ne constitue pas davantage une exception belge : la littérature internationale documente à la fois la sous-participation des personnes détenues aux dépistages organisés et ses conséquences. En Norvège, moins d'une femme incarcérée sur cinq a bénéficié d'un dépistage du col de l'utérus pendant sa détention, alors que près de sept sur dix y avaient participé avant leur incarcération (22). Dans le sud de l'Italie, l'adhésion des femmes détenues aux dépistages est qualifiée de faible par les auteurs, en particulier pour la recherche de sang occulte dans les selles (23). En aval, les études de cohorte donnent une traduction empirique à la *« perte de chances »* évoquée par nos parties prenantes interrogées : en Angleterre, les

personnes dont le cancer est diagnostiqué en détention accèdent moins aux traitements à visée curative et présentent une survie globale inférieure à celle de patients comparables de la population générale (24), aux États-Unis, un diagnostic posé en détention ou dans l'année suivant la libération est associé à une surmortalité par cancer que le stade au moment du diagnostic n'explique pas entièrement (25), ainsi qu'à une initiation plus tardive du traitement et à une moindre conformité aux recommandations de prise en charge (26). La « *double peine* » formulée par nos parties prenantes interrogées n'est donc pas qu'une perception de terrain : elle est objectivée ailleurs.

Ces mêmes études apportent toutefois deux résultats encourageants, que nous développerons avec les leviers : quand le dépistage est proposé en prison, la grande majorité des personnes détenues se dit prête à y participer (23), et l'autoprélèvement est bien accepté, y compris par des femmes anciennement incarcérées (33). En revanche, l'étude norvégienne montre qu'informer ne suffit pas : sans action sur les obstacles concrets, la participation n'augmente pas (22).

Où se situe la Belgique dans ce paysage ? Aujourd'hui, il est impossible de le dire, faute de données. Cette absence d'information est déjà un résultat en soi. Les études anglaise et américaines citées plus haut ont été possibles parce que les registres du cancer pouvaient être croisés avec les données des prisons (24–26). En Belgique, aucun système équivalent n'existe. Selon les parties prenantes interrogées, aucune statistique ne permet de mesurer la participation des personnes détenues aux dépistages organisés. Elle ne peut être estimée que de manière indirecte, à partir de l'adresse postale des prisons, et les questions parlementaires restent sans réponse chiffrée. Pourtant, la Belgique dispose déjà, pour la population générale, d'un registre du cancer et d'un suivi de la participation aux dépistages bien établis (7–9). Ce contraste illustre l'invisibilité statistique mise en évidence dans nos résultats. Cette absence de données ne remet pas en cause l'existence du problème. Les parties prenantes interrogées montrent clairement qu'il n'existe pas d'offre structurée de dépistage en prison. Les personnes détenues n'ont donc pas le même accès aux dépistages organisés que la population générale.

En revanche, faute de données, il est impossible de savoir précisément combien de personnes détenues sont dépistées, à quel stade les cancers sont découverts, et avec quelles conséquences. Les systèmes anglais et américain peuvent répondre à ces questions, mais pas le système belge. Or, sans données, il est difficile de construire ou d'évaluer une politique de santé. Les auteurs de l'étude anglaise défendent eux aussi l'importance d'un meilleur suivi du cancer en prison, afin de guider les politiques et de réduire les inégalités (24)

7.2.2. Quand la sécurité prend le pas sur le soin

Le deuxième constat porte sur l'environnement dans lequel cet écart se produit. Nos résultats décrivent une institution dont la sécurité constitue la mission première : constat prenant d'autant plus de poids qu'il est formulé également par des acteurs de l'institution pénitentiaire elle-même, un cadre pénitentiaire qualifiant la sécurité de « *numéro un* ». Le soin n'y est pas seulement relégué au second plan : il est décrit comme extérieur à la mission même de l'institution. Cette priorisation des missions sécuritaires n'est pas simplement théorique, elle traverse concrètement chaque maillon de la trajectoire du dépistage : le courrier d'invitation soumis au contrôle lors de son entrée, l'échantillon dont le renvoi requiert une autorisation, l'examen complémentaire subordonné à une extraction. À chaque étape, le continuum de prévention se voit interrompu par un filtre sécuritaire qui n'a pas été conçu pour lui. Ce constat ne semble pas propre aux prisons wallonnes : il renvoie à une tension plus profonde de l'institution carcérale. La sociologue Corinne Rostaing décrit l'enfermement comme une expérience « *totale* » qui touche la personne dans tous les aspects de sa vie (64), au sein de ce que Goffman a théorisé comme une « *institution totale* » (65), qui règle chaque détail du quotidien des « *reclus* ». Cette expérience porte atteinte à leur dignité et remet en cause leur identité (64). Ce même ordre des priorités est documenté empiriquement en Belgique : à Bruxelles, Rousseaux et al. décrivent une prison marquée par une hiérarchisation dont la sécurité occupe la première place, les activités sociales et de santé passant souvent au dernier plan et leur mise en œuvre restant conditionnée au respect des normes sécuritaires (63). En ce qui concerne les extractions médicales, elles constituent le moment où la contrainte sécuritaire pèse le plus fortement sur l'accès aux soins. Les parties prenantes interrogées en décrivent une double mécanique :

- la priorité accordée aux transferts judiciaires plutôt qu'aux transferts médicaux, combinée au manque de moyens, entraîne des annulations,
- les conditions imposées lors des extractions telles que menottes, entraves, présence policière, y compris lors d'examens intimes, sont vécues comme suffisamment humiliantes pour conduire certaines personnes à renoncer aux soins.

Ce constat n'est pas propre à notre portfolio d'entretiens ni à la France : une médecin coordinatrice exerçant dans trois établissements pénitentiaires wallons décrivait récemment la

même mécanique, des annulations de transports médicaux, stigmatisation vécue lors des rendez-vous hospitaliers externes en présence d'agents et sous menottes, et refus de soins qui en découlent (66)

Même chose en France où la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) rapportait en 2022 qu'un tiers des extractions médicales demandées étaient annulées, une estimation de l'Observatoire international des prisons (OIP) estimait même ce chiffre à 37 % en 2020, la priorité étant donnée aux extractions judiciaires, et mentionnait des consultations et examens très intimes réalisés en présence de l'escorte policière ainsi que des refus de soins qui en découlent, y compris dans des situations graves (39).

Ce constat convergent est d'autant plus significatif que la France, en 1994, a effectué le transfert de compétences de la santé pénitentiaire vers le ministère chargé de la santé (67), transfert que plusieurs de nos parties prenantes interrogées appellent de leurs vœux pour la Belgique : une réforme que le ministère français de la Santé présente comme un tournant, ayant instauré pour les personnes détenues l'équivalence d'un accès, d'une qualité et d'une continuité de soins identiques à ceux de la population libre (56). Trente ans plus tard, pourtant, l'obstacle des extractions persiste : l'Observatoire international des prisons en documente l'ampleur. Le rattachement du soin à la santé publique ne suffit donc pas à lui seul à renverser la primauté sécuritaire dans les prisons.

Au regard du cadre AAAQ, les extractions agissent sur deux dimensions à la fois : l'accessibilité physique, qui est rendue compliquée par les extractions et les annulations qui en découlent, et l'acceptabilité, que les conditions d'extraction dégradent au point de produire du renoncement (39). Les témoignages recueillis par l'OIP en donnent la traduction la plus crue, tel ce détenu rapportant : « *J'ai fait ma coloscopie attaché au lit, avec l'escorte présente dans la pièce* » (39). Lorsqu'une personne renonce à un soin pour ne pas subir l'humiliation de l'extraction, le non-recours n'est pas un choix libre mais le produit du dispositif défaillant.

Cette logique sécuritaire se manifeste aussi dans la relation de soins de santé elle-même. Nos parties prenantes interrogées décrivent des consultations expéditives, parfois menées porte ouverte, un secret médical peu présent « *tout se sait, en fait, en prison* », les témoignages des personnes détenues vont également dans ce sens (2), et s'ajoute à ce manque de confidentialité, une méfiance des personnes détenues quant à l'usage qui pourrait être fait de leurs résultats de santé. Cette configuration renvoie à ce que la littérature internationale nomme la double loyauté des soignants en milieu pénitentiaire pris entre leurs patients et les autorités de l'institution dont ils dépendent (68). Ce conflit de loyauté n'est pas resté théorique en Belgique : dans la presse, des soignants exerçant en milieu pénitentiaire ont décrit un glissement progressif de leur

pratique vers la logique de surveillance, l'une allant jusqu'à cesser d'y exercer face à la contradiction entre sa déontologie et les conditions imposées par l'institution (52). Nos résultats montrent une conséquence concrète de cette situation : lorsque la posture soignante n'est pas clairement affirmée et expliquée, la confiance entre le soignant et la personne détenue a du mal à se construire. Du côté des premières concernées, le constat est le même : dans un rapport publié en 2023, des femmes détenues en Belgique décrivent un manque de prise en compte de leurs décisions relatives à leur propre santé. L'une d'elles rapporte par exemple s'être vu refuser une ligature des trompes au motif, notamment, qu'étant incarcérée, elle serait « *sûrement dépressive* » (2). Le même rapport documente une rupture du suivi oncologique : une femme détenue, traitée avant son incarcération pour un début de cancer du col et dont la gynécologue avait constaté une récurrence, rapporte n'avoir été revue que huit mois plus tard, sans frottis de contrôle, en s'entendant dire « *tu le feras dehors* » (2). Le soin préventif est ainsi littéralement renvoyé en dehors des murs, hors de la mission de l'institution. Pont et al proposent, comme issue à ce conflit, l'intégration des services de santé pénitentiaires à la santé publique, où les soignants agissent exclusivement comme soignants (68). On retrouve ici le transfert de compétences porté par plusieurs de nos parties prenantes interrogées.

Cette primauté sécuritaire que décrivent nos résultats prend un relief particulier lorsqu'on la confronte au modèle que promeut pourtant l'OMS depuis les années 1990 : celui de la prison promotrice de santé. Le cadre des prisons promotrices de santé s'inscrit dans le prolongement du mouvement plus large des « milieux promoteurs de santé », issu de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (69). Ce mouvement considère que la santé se construit dans les lieux de vie quotidiens tels que l'école, le lieu de travail, la ville et pas seulement dans le système de soins.

Appliqué au milieu carcéral, ce principe a conduit, sous l'impulsion de l'OMS, au programme « Santé en prison », qui envisage la prison non plus seulement comme un lieu de privation de liberté, mais aussi comme un environnement susceptible de promouvoir la santé. Ce changement de regard nous invite à ne pas considérer la prison uniquement comme un lieu de sécurité et de sanction, mais également comme un espace dans lequel des actions de santé publique peuvent être menées. Dans cette perspective, le temps passé en prison peut devenir une occasion de contact privilégié avec un public habituellement éloigné du système de soins, et l'intégration des dépistages organisés des cancers apparaît dès lors comme une composante logique d'un milieu carcéral promoteur de santé.

L'écart entre cet horizon et la réalité décrite par nos parties prenantes interrogées donne la mesure du chemin à parcourir : loin de constituer un milieu promoteur de santé, l'institution

carcérale wallonne peine aujourd'hui à laisser un simple courrier d'invitation au dépistage parvenir à son destinataire.

7.2.3. Les déterminants structurels de l'inaction

Le déterminant le plus structurel est le morcellement institutionnel que nos parties prenantes interrogées désignent par l'image de la « lasagne institutionnelle » : l'empilement des niveaux de pouvoir, le morcellement et l'imbrication des compétences y diluent les responsabilités au point que, comme le résumait une répondante, « *personne ne s'en occupe* ». Ce cloisonnement divise aussi la santé elle-même : les entités fédérées sont compétentes pour la prévention et la promotion de la santé, le fédéral pour les soins, et la Justice pour la santé des personnes détenues. Ce morcellement de la santé n'est pas seulement décrit par nos parties prenantes interrogées. Sur le terrain bruxellois, Rousseaux et al. rapportent le même renvoi de responsabilités, le fédéral déclarant que la promotion de la santé relève des entités fédérées, celles-ci répondant que la prison relève du fédéral (63). Il est également reconnu au niveau fédéral : la COSS juge ainsi qu'une approche coordonnée est « *une nécessité absolue* » et appelle à ancrer la coopération et le partage des données dans des accords clairs (20).

Cette dilution se double d'un déterminant qui la renforce : l'invisibilité des besoins de santé des personnes détenues, statistique d'abord, politique ensuite. Nos résultats indiquent qu'aucune donnée de santé ne serait actuellement produite par les services de santé en prison, l'outil informatique utilisé ne le permettant pas. Seul un appariement avec l'adresse postale des établissements pénitentiaires permet d'entrevoir que certaines personnes détenues ont déjà participé aux dépistages organisés, sans qu'aucune statistique ne permette d'en évaluer la couverture ni de la comparer à celle de la population générale. Une des parties prenantes interrogées en formule la conséquence : « *si on n'a pas de données de prévalence, de dépistage* », aucune politique de santé ne peut être construite ni évaluée car « *on ne sait pas de quoi on parle* ». Cette invisibilité statistique ne fait donc pas que refléter le flou institutionnel, mais elle contribue aussi à l'entretenir : un problème que rien n'objective n'appelle aucune action. Notre propre démarche de recherche en fournit également une illustration de première main : notre demande d'autorisation adressée au SPF Justice s'est heurtée à un refus motivé par la surpopulation carcérale, les mesures prises depuis décembre 2024 pour préserver les capacités opérationnelles des établissements conduisant à limiter les autorisations de nouvelles recherches (cf. section 6.1). L'institution, sous tension, se ferme ainsi à la production même des

connaissances qui permettraient d'objectiver les besoins de santé des personnes qu'elle héberge, et l'argumentaire du refus, comme nous l'avons souligné, ne mentionne à aucun moment l'intérêt que la recherche pourrait présenter pour les personnes détenues. Cette fermeture ne semble pas propre à notre démarche : à Bruxelles, la recherche de Rousseaux et al. n'a obtenu aucune réponse de la DG-EPI malgré de multiples sollicitations, contraignant la chercheuse à adapter le planning et l'échantillon de sa recherche et l'empêchant d'interroger des personnes détenues (63).

À cette invisibilité dans les chiffres s'ajoute une invisibilité dans les priorités. Peu nombreuses à l'échelle des politiques publiques, les personnes détenues semblent aussi, selon une des parties prenantes interrogées, moins légitimes aux yeux de l'opinion publique. L'idée qu'elles pourraient être « *punies une deuxième fois* » rendrait l'inaction publique socialement acceptable, jusqu'à faire de la santé en prison une « *économie facile* ».

Enfin, dépister, c'est devoir soigner en cas d'anomalie détectée, comme le rapportait une répondante à propos d'un dépistage découragé « *à demi-mot* » pour raisons de coût, quand ses bénéfices, eux, sont différés, parfois au-delà de la détention même. Le mode de financement lui-même conforte cette logique de coût : le rapport d'I.Care rappelle que le budget des soins en détention est déterminé en amont, indépendamment des besoins effectivement observés (2).

Face à ces déterminants, nos parties prenantes interrogées désignent un levier à la hauteur du problème : le transfert de compétences des soins de santé du SPF Justice vers le SPF Santé publique. La convergence autour de ce levier est importante car, identifié par plusieurs parties prenantes interrogées comme la condition d'une « logique de santé publique », il rejoint la recommandation des auteurs de référence sur la double loyauté (68) et ne rencontre plus d'opposition frontale : l'administration pénitentiaire elle-même déclarait en 2025 accueillir favorablement cette demande, tout en rappelant les impératifs de sécurité (54).

La lucidité s'impose toutefois : souhaitable, le transfert des compétences santé du SPF Justice au SPF Santé publique supposerait une refonte d'ampleur du système politique, et rien n'indique qu'il figure à l'agenda politique actuel. S'y ajoute une asymétrie qui fragilise l'argument économique : les entités fédérées financent la prévention, quand les bénéfices d'un cancer évité (des soins curatifs en moins) reviennent au budget fédéral (voir point 1.4).

Un levier plus réaliste serait donc de faire de la prévention en prison une mission durable, avec un financement stable, plutôt que de la faire dépendre de projets ponctuels. Cela permettrait aux associations de terrain de s'engager dans des actions sur le long terme.

7.3. Recommandations pour les pratiques du CCRef

Les leviers identifiés par les parties prenantes interrogées ne se situent pas tous à la même échelle : ils vont du transfert de la compétence des soins de santé en prison vers la santé publique jusqu'aux campagnes d'information adaptées au milieu carcéral (cf. section 6.3.4). Ils n'engagent donc ni le même destinataire, ni le même pouvoir d'agir. Nous avons dès lors choisi de ne pas les rassembler en une liste unique, mais de les distribuer selon le niveau de décision qu'ils appellent.

Les recommandations qui suivent sont celles que le CCRef peut porter lui-même, dans son mandat d'opérateur des dépistages organisés en Wallonie. Les leviers qui excèdent ce mandat c'est-à-dire le transfert de compétences, le financement pérenne de la prévention en prison, la production de données objectivant la participation, relèvent, eux, d'une décision politique : ils ne peuvent être formulés comme des recommandations opérationnelles, mais comme un plaidoyer adressé à celles et ceux qui ont le pouvoir de les mettre en œuvre. C'est l'objet du chapitre 9, qui s'adresse successivement aux décideurs politiques, à l'administration pénitentiaire, aux administrations de santé et au CCRef. Ce découpage n'est pas un renoncement : il tient à la logique même du plaidoyer, qui suppose d'adresser le message aux acteurs disposant d'un pouvoir d'action (70).

Tout au long de ce travail, nous avons pu identifier quatre pistes de recommandations pour le CCRef, dans son rôle d'opérateur des dépistages organisés en Wallonie.

La première découle directement de l'invisibilité statistique documentée et consiste à objectiver au mieux la participation des personnes détenues aux dépistages organisés. L'appariement avec les adresses postales des établissements pénitentiaires, évoqué dans notre portfolio d'entretiens comme seule trace actuellement disponible, pourrait être systématisé afin de produire une première estimation de la couverture du dépistage en milieu carcéral et, par là même, mettre en évidence un écart éventuel avec la population générale. Dans la mesure où un problème qui n'est pas objectivé appelle difficilement une action publique, cette production de données constituerait déjà, en soi, un acte de plaidoyer. Il convient toutefois de rappeler que cette possibilité ne concerne que les personnes condamnées ayant leur adresse officielle en prison.

La deuxième piste de recommandations concerne la trajectoire du dépistage au sein de l'institution pénitentiaire. Nos résultats ont montré que celle-ci se heurte à un filtre sécuritaire à chaque étape. Toute initiative du CCRef en milieu carcéral devrait dès lors être pensée à l'échelle de l'ensemble du parcours : invitation, prélèvement, renvoi de l'échantillon, examens

complémentaires, plutôt qu'à partir d'un seul de ses maillons. Les parties prenantes interrogées indiquent plusieurs voies concrètes :

- privilégier le circuit du service médical pour l'entrée et la sortie des courriers et des échantillons,
- mobiliser les autoprélèvements, qui posent moins de difficultés de sécurité pour les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal,
- étudier l'extension des dispositifs mobiles existants, dont le portfolio d'entretiens rappelle qu'ils ont déjà été utilisés en prison par le passé. Ces dispositifs mobiles répondent au plus près aux recommandations et aux leviers évoqués par les parties prenantes interrogées : ils amènent l'offre de dépistage auprès des personnes détenues et limitent, en outre, la charge reposant sur le personnel pénitentiaire.

Cette piste conduit à la troisième recommandation, qui constitue une condition de faisabilité clairement formulée par les parties prenantes interrogées : concevoir tout dispositif avec l'administration pénitentiaire dès l'amont, en veillant à ce que la charge organisationnelle repose autant que possible sur les intervenants extérieurs avec une seule personne dédiée qui en assure la coordination. À l'inverse, les parties prenantes interrogées estiment qu'un dispositif conçu hors des murs puis simplement ajouté comme charge supplémentaire au travail d'un personnel déjà sous tension risquerait de reproduire les échecs documentés dans notre portfolio d'entretiens.

La dernière piste qui semble la plus accessible à réaliser consiste à informer quant à l'existence des dépistages organisés, quant à leur gratuité et quant à leur accessibilité de droit aux personnes détenues. Les parties prenantes interrogées suggèrent d'interagir avec les directions ainsi qu'avec les services médicaux et infirmiers des établissements, de concevoir des supports adaptés au milieu carcéral en langage clair ou en FALC, et de s'appuyer sur les relais déjà présents : les services médicaux et les opérateurs de prévention et de promotion de la santé en milieu carcéral encore actifs en Wallonie. La conception de ces supports gagnerait en outre à s'appuyer sur la parole publiée des personnes détenues elles-mêmes, à l'image du travail participatif mené par l'ASBL I.Care (2), dans l'attente d'un recueil direct de leur point de vue.

Au-delà de ces quatre pistes, ce travail suggère une recommandation d'un autre ordre : elle porte moins sur ce que le CCRef pourrait faire en prison que sur la manière dont il peut interroger l'accès. Le cadre AAAQ, mobilisé ici a posteriori, s'est révélé une grille de lecture opérante : il a permis de nommer, dimension par dimension, ce qui fait obstacle, et de mettre en évidence qu'un même frein peut relever de plusieurs dimensions à la fois. Or cet outil n'a rien de

spécifique au milieu carcéral. Issu du droit à la santé et déjà appliqué à d'autres publics vulnérables, notamment pour évaluer les services d'interprétariat destinés à des femmes réfugiées (47), il pourrait être réutilisé par le CCRef comme grille d'évaluation de l'accès, pour tout public dont la participation aux dépistages organisés est faible ou mal documentée.

Son intérêt tient à un déplacement du regard. Les indicateurs dont dispose aujourd'hui le CCRef mesurent la participation, c'est-à-dire le résultat ; le cadre AAAQ, lui, interroge les conditions qui la rendent possible. Se demander systématiquement, pour un public donné, si l'offre existe (disponibilité), si elle est atteignable dans ses cinq composantes (accessibilité), si elle est acceptable pour les personnes concernées (acceptabilité) et si elle est délivrée dans des conditions adéquates (qualité), c'est passer d'un constat de non-participation à l'identification des leviers qui pourraient y répondre. Nous formulons cette proposition avec prudence : elle prolonge notre expérience d'usage du cadre dans un contexte particulier, sans que sa transférabilité à d'autres publics ait été éprouvée.

Enfin, deux perspectives de recherche prolongent ce travail. La première consiste à recueillir directement la parole des personnes détenues sur leur rapport aux dépistages organisés. Cette perspective est d'autant plus nécessaire que notre portfolio d'entretiens, nous y reviendrons dans la partie traitant des limites, repose exclusivement sur des points de vue de parties prenantes. La seconde consisterait à explorer en profondeur les parcours de celles et ceux qui, malgré les obstacles documentés, parviennent à se faire dépister en détention : comprendre ce qui a rendu ces trajectoires possibles éclairerait, a contrario, les conditions d'un accès effectif. L'une comme l'autre supposent d'entendre la voix des premières personnes concernées.

7.4. Limites et forces

7.4.1. Les limites

La principale limite de ce travail tient à la composition de son portfolio d'entretiens : les personnes détenues, premières concernées par la question de recherche, n'y figurent pas. Le refus d'accès au terrain pénitentiaire formulé par le SPF Justice (cf. sections 5 et 6.1) nous a conduit à recueillir exclusivement des points de vue de parties prenantes proches du terrain. Les résultats relatifs à l'acceptabilité doivent donc être lus pour ce qu'ils sont : une appréciation de l'acceptabilité telle que rapportée par les parties prenantes interrogées, et non telle que la vivent les personnes détenues. Pour la même raison, la dimension de la participation n'a pas pu être investiguée et n'apparaît que dans notre revue de littérature. Les récits et témoignages publiés

consultés en complément permettent de compenser en partie cette absence. Toutefois, ils ne remplacent pas un recueil direct de la parole des personnes concernées. Celui-ci constitue donc la principale piste de recherche ouverte par ce travail.

Ce même refus du SPF Justice a également privé la recherche de l'accès aux professionnels de première ligne initialement visés. Le portfolio d'entretiens comprend certes un cadre en fonction dans une prison et un ancien employé de l'administration pénitentiaire, mais il ne reflète pas la diversité des points de vue intra-muros.

Les conditions mêmes d'accès au terrain telles que notamment un calendrier administratif peu compatible avec les contraintes temporelles d'un mémoire ainsi que l'obligation de remettre le travail final à l'administration pèsent sur ce qui peut être connu de la santé en prison. D'autres études menées en milieu carcéral ont rencontré des obstacles comparables : Rousseaux (71) rapporte que la crise sanitaire a empêché toute observation sur le terrain et que la perspective des personnes détenues n'a pu être que très peu explorée ; Callebaut (72) souligne quant à elle la difficulté d'entrer en prison, avec un processus d'autorisation pouvant durer jusqu'à six mois et des visites annulées en raison d'une grève et d'arrivées massives de nouvelles personnes détenues, l'accès n'ayant été rendu possible que par l'intermédiaire d'une association active dans l'établissement ; la recherche exploratoire du RESO, enfin, s'est heurtée au silence de la DG-EPI (63), comme évoqué plus haut. Recueillir la parole intra-muros apparaît ainsi comme une difficulté récurrente de la recherche en milieu pénitentiaire, qui dépasse notre seule démarche. Ce constat rejoint l'invisibilité analysée dans notre discussion.

Ce portfolio d'entretiens restreint, centré sur la Wallonie, ne permet pas de généraliser les résultats et d'ailleurs, ce n'est pas l'ambition d'une démarche qualitative exploratoire, qui vise en priorité la compréhension en profondeur de la réalité du terrain (48). Une transférabilité prudente des constats à d'autres contextes reste en revanche envisageable, moyennant la prise en compte des spécificités locales. L'échantillonnage raisonné complété par effet boule de neige expose en outre à une certaine homogénéité des réseaux sollicités : la convergence observée entre les parties prenantes interrogées, notamment sur les leviers, pourrait en partie refléter la composition de l'échantillon, limite que Rousseaux et al. relèvent également à propos de la même méthode (63).

De plus, l'analyse a été réalisée par une seule personne, ce qui implique une part de subjectivité. Nous avons toutefois cherché à la limiter grâce aux étapes décrites en section 5.5 : plusieurs cycles de codage, des retours réguliers au portfolio d'entretiens, la réécoute des passages moins clairs et l'attention portée aux points de vue divergents.

Enfin, notre double casquette, professionnelle du CCRéf et chercheuse, dans un mémoire qui assume une dimension de plaidoyer, peut exposer à un risque de biais de confirmation. Pour le limiter, nous avons distingué les résultats de leur interprétation dans la discussion et avons veillé à présenter aussi les points de vue minoritaires, afin de respecter la diversité des positions exprimées dans le portfolio d'entretiens.

7.4.2. Les forces

Ce travail présente plusieurs forces. Il porte d'abord sur un objet encore très peu documenté : notre discussion a précisément montré qu'aucune donnée ne permet aujourd'hui d'objectiver l'accès des personnes détenues aux dépistages organisés en Wallonie. Ce mémoire contribue donc, à sa mesure, à réduire cette invisibilité. Une deuxième force de ce travail réside dans la diversité du portfolio d'entretiens. Même si les personnes détenues n'ont pas pu être interrogées directement, les entretiens couvrent plusieurs maillons de la chaîne institutionnelle concernée : administration régionale, associations actives en prison, encadrement pénitentiaire et opérateur de dépistage. Cette diversité permet d'aborder la problématique à partir de plusieurs points de vue. Le fait que plusieurs constats se rejoignent malgré ces positions différentes renforce la solidité des résultats. Une troisième force tient à la rigueur de l'analyse : les entretiens ont été retranscrits intégralement créant ainsi un portfolio d'entretiens, puis codés de manière progressive et inductive en trois cycles. Nous avons également cherché à repérer les divergences entre les parties prenantes interrogées et à articuler l'analyse avec un cadre fondé sur les droits humains.

Enfin, deux contraintes ont été transformées en ressources : le refus d'accès au terrain pénitentiaire, analysé comme un matériau à part entière, et notre position professionnelle au sein du CCRéf, qui a permis une bonne connaissance des programmes de dépistage ainsi qu'un accès facilité à certaines parties prenantes.

La mobilisation du cadre AAAQ constitue une force de ce travail : identifié postérieurement à la collecte des données, il a offert une grille structurante pour organiser les obstacles mis en évidence par les entretiens, tout en révélant leurs intrications.

8. Conclusion

Ce travail est parti d'une question simple que rien ne permettait de documenter :

Quels facteurs conditionnent l'accès des personnes détenues des prisons wallonnes aux dépistages organisés des cancers, et quels leviers permettraient de l'améliorer ?

Au terme d'une démarche qualitative exploratoire menée auprès de parties prenantes concernées par la problématique, la réponse qui se dégage tient en un constat et un paradoxe.

Le constat : aucun dispositif structuré ne permet aujourd'hui aux personnes détenues d'accéder aux dépistages organisés, en dépit du principe d'équivalence des soins qui leur en garantit le droit. Les obstacles se cumulent à chaque niveau du système avec un cadre institutionnel fragmenté où la prévention en prison n'est la mission pérenne d'aucune administration ou association de terrain, une institution organisée autour de la sécurité où chaque maillon de la trajectoire de dépistage rencontre un filtre qui n'a pas été conçu pour lui, et, au bout de la chaîne, des personnes qui cumulent les facteurs de risque et subissent une double peine : à la privation de liberté s'ajoute une perte de chances face au cancer. Le paradoxe : alors même que le constat est sévère, les parties prenantes interrogées convergent sur des solutions telles un levier structurel (le transfert des compétences de la santé carcérale vers la santé publique), et des leviers immédiatement praticables, de l'autoprélèvement aux unités mobiles, dont notre portfolio d'entretiens rappelle qu'ils ont déjà fonctionné en détention. Ce qui manque n'est donc ni le diagnostic, ni les solutions : c'est la volonté d'agir et de financer. C'est précisément là que ce mémoire cesse d'être un simple travail académique : le chapitre qui suit s'adresse à celles et ceux qui peuvent décider.

9. Le chemin que l'on ne choisit pas

Plaidoyer pour l'accès des personnes détenues aux dépistages organisés des cancers

Epigraphe

Tout enfant qui vient au monde y entre nu, égal et porteur des mêmes droits. Il ne choisit ni sa famille, ni son environnement, ni les circonstances qui façonneront son existence. Il n'est ni délinquant, ni précaire, ni « à risque » : il est... simplement.

Ce sont les conditions dans lesquelles il grandira, les échanges avec ses parents, la vie dans son quartier, l'école qu'il fréquentera, la sécurité ou la violence de son environnement, qui contribueront, des années plus tard, à faire diverger les trajectoires. Certains de ces enfants, devenus adultes, se retrouveront un jour derrière les murs d'une prison wallonne, au cœur du sujet qui nous occupe ici. D'autres recevront, le moment venu, une invitation à un dépistage organisé leur offrant la possibilité de prévenir ou de détecter précocement un cancer.

Entre ces trajectoires se dessine le chemin que l'on ne choisit pas : celui d'un enchevêtrement de déterminants sociaux que la santé publique a pour mission d'identifier et que la promotion de la santé cherche à transformer.

Préambule

Ce texte s'inscrit dans une démarche de plaidoyer en promotion de la santé. Comme le rappelle Cultures & Santé, le plaidoyer repose sur trois piliers : défendre l'intérêt général, favoriser le changement et obtenir des engagements (70). C'est dans cet esprit que s'inscrit notre démarche : partir d'un problème clairement identifié, interpeller les acteurs qui disposent d'un pouvoir d'action et saisir une opportunité de faire évoluer la situation. Une limite importante doit néanmoins être soulignée. Ce plaidoyer n'a pas encore été élaboré avec les personnes directement concernées. La suite de cette démarche devrait donc, de manière indispensable, passer par un travail de co-construction avec elles.

Plaidoyer

Notre recherche a mis en évidence une réalité préoccupante : aujourd'hui, les personnes détenues n'ont pas un accès effectif, structuré et mesurable aux dépistages organisés des cancers en Wallonie. Aucun dispositif organisé ne les invite à y participer, aucune donnée ne permet de suivre leur participation et aucune administration sanitaire n'a fait de leur prévention une mission pérenne.

Cette situation ne résulte pas d'une décision explicite d'exclusion. Elle est le produit de l'inverse : personne n'a réellement décidé de les inclure. Dans un système fragmenté, dominé par des logiques sécuritaires et peu attentif à ce qu'il ne mesure pas, l'exclusion se construit sans qu'il soit nécessaire de la décréter. C'est précisément pour cette raison qu'un plaidoyer apparaît aujourd'hui indispensable : ce que l'inertie a engendré, seule une volonté politique peut le transformer.

Nous ne demandons pas un traitement de faveur. Le principe d'équivalence des soins est inscrit dans la loi de principes de 2005 (29) : les personnes détenues ont droit à des soins comparables à ceux dont bénéficie la population générale, et les standards européens le rappellent également (73). La Belgique s'y est engagée à plusieurs niveaux. En adhérant à la cible 3.8 des Objectifs de développement durable, elle a promis une couverture sanitaire universelle pour chacun, et ce « chacun » inclut nécessairement les personnes détenues (62). En Wallonie, trois programmes de dépistage organisés existent déjà et s'adressent, en droit, à l'ensemble de la population. Notre demande est simple : que ce droit cesse d'être théorique derrière les murs des prisons. Car aujourd'hui, à la privation de liberté peut s'ajouter une autre peine, que nul juge n'a prononcée : celle d'un cancer qui progresse sans être détecté et qui n'est découvert qu'à un stade tardif. Comme l'a résumé l'une des parties prenantes interrogées : « *un jour, quand tu sors, il est peut-être trop tard* ».

Aux décideurs politiques, nous souhaitons dire que l'inaction n'est pas une économie. Dépister coûte moins cher que traiter un cancer découvert tardivement. Plusieurs des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche soulignent d'ailleurs qu'il s'agit probablement de l'argument le plus audible sur le plan politique : prévenir et détecter précocement représente, à terme, un coût moindre que la prise en charge de cancers avancés.

En Belgique, l'organisation institutionnelle et budgétaire complexe vient toutefois brouiller ce raisonnement. Les investissements en prévention relèvent des entités fédérées, tandis que les économies générées sur les soins profitent principalement au niveau fédéral. Cette asymétrie n'excuse pas l'inaction ; elle souligne au contraire l'urgence d'une réforme. Le cadre actuel tend à décourager les investissements préventifs alors même qu'ils sont susceptibles de produire les bénéfices les plus importants pour la collectivité.

Or le principal levier structurel est bien connu, documenté et largement partagé : le transfert des compétences de santé du SPF Justice vers le SPF Santé publique. Cette mesure est recommandée par la littérature internationale afin de répondre aux situations de double loyauté auxquelles les soignants sont confrontés (68). Elle est réclamée depuis longtemps par les acteurs de terrain et accueillie favorablement par l'administration pénitentiaire elle-même (54). Quand

l'institution appelée à céder cette compétence se déclare prête à le faire, que manque-t-il encore, sinon la décision politique ?

À l'administration pénitentiaire, nous souhaitons rappeler que le dépistage peut également servir ses propres missions. Un cancer détecté précocement, c'est potentiellement moins d'extractions médicales, moins d'escortes, moins de personnel mobilisé et moins de risques d'incident. Cet argument ne vient pas de l'extérieur : il a été formulé par un cadre pénitentiaire interrogé dans le cadre de notre recherche.

Par ailleurs, les solutions existent déjà et nécessitent peu d'adaptations. Les autoprélèvements utilisés dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal ne présentent pas de difficultés particulières en matière de sécurité. Des unités mobiles ont également déjà été déployées en détention par le passé. Une seule condition ressort clairement du portfolio d'entretiens : être associés dès la conception du dispositif.

Aux administrations de santé, nous reprenons les mots d'une partie prenante interrogée, exprimés avec beaucoup de simplicité : la santé des personnes détenues relève de votre compétence. Il s'agit de personnes vivant sur votre territoire, appartenant aux tranches d'âge concernées et qui sont, au sens propre, à portée de main. L'incarcération pourrait même représenter une occasion unique d'atteindre un public que les dispositifs habituels de prévention peinent souvent à rejoindre.

Attendre un éventuel transfert de compétences avant d'agir reviendrait à inverser l'ordre des responsabilités. La prévention relève déjà des entités fédérées ; elle peut donc être pensée et mise en œuvre dès aujourd'hui.

Au CCRef enfin, où s'ancre notre pratique professionnelle, cette recherche dessine une feuille de route concrète et immédiatement mobilisable : documenter la participation des personnes détenues aux dépistages, penser la trajectoire de dépistage dans son ensemble, co-construire les dispositifs avec l'administration pénitentiaire et renforcer l'information. Aucune de ces actions ne nécessite une réforme de l'État.

Le contexte actuel renforce encore l'importance de cette démarche. En 2025, des soignants travaillant en prison ont publiquement dénoncé l'impossibilité d'y dispenser des soins dans des conditions dignes (52). Des associations ont également appelé, dans une carte blanche, à sortir d'une logique de contrôle pour entrer dans une logique de soin (53). Quant à la surpopulation carcérale, régulièrement documentée, elle rappelle combien la prison peut altérer la santé de celles et ceux qui y vivent. Les acteurs de terrain, eux, n'ont pas attendu. Dès 2023, l'ASBL I.Care inscrivait déjà les dépistages parmi les soins qui devraient être garantis aux femmes détenues (2). Aujourd'hui, les constats convergent. Les solutions sont identifiées. Les

administrations concernées expriment même leur volonté de faire évoluer les choses. Ce qu'il manque désormais, c'est une décision politique à la hauteur des constats posés. Presque toutes les personnes détenues retrouveront un jour leur place dans la société. Leur santé est donc aussi la santé de tous.

L'enfant évoqué dans notre épigraphe n'a jamais choisi la trajectoire qui l'a conduit là où il se trouve. La société, en revanche, choisit chaque jour la manière dont elle répond à cette trajectoire. Nous demandons simplement que, le moment venu, où qu'il se trouve, l'invitation au dépistage lui parvienne.

Merci pour votre lecture attentive.

10. Bibliographie

1. Tipik - RTBF. Podcast SUPERPAUSE - La prison : entre réinsertion et récidence [Podcast]. 2023 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=J3PuQMULmVw>
2. I.Care. Parle avec elles : quand des femmes détenues se racontent en prison [Rapport] [Internet]. Bruxelles: I.Care; 2023 [cité 26 juill 2026]. p. 70. Disponible sur: https://b6fd9574-b4b4-490a-ba67-cbe1295a296b.filesusr.com/ugd/a3c73e_020bd1e7f6aa4603ab1668e79392744f.pdf
3. UCLouvain, Faculté de santé publique. Vade-mecum : Conseils et exigences académiques pour la réalisation d'un mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique. WFSP2298 [Document] [Internet]. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/741260/mod_resource/content/1/Vademecum_2025-2026.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. 2024 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon: Centre international de recherche sur le cancer (CIRC); 2024 [cité 25 juill 2026]. Cancer Today. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/today/>
6. OCDE. Principales causes de mortalité. In: Panorama de la santé 2025 [Internet]. Paris: OCDE; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2025_2f564c6c-fr/full-report/main-causes-of-mortality_17b5a2df.html
7. Fondation Registre du Cancer. Cancer Fact Sheets 2023 : Breast cancer – Belgium [Fact sheet] [Internet]. Bruxelles: Belgian Cancer Registry; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS_BREAST_V4_0.pdf
8. Fondation Registre du Cancer. Cancer Fact Sheets 2023 : Colorectal cancer - Belgium [Fact sheet] [Internet]. Bruxelles: Belgian Cancer Registry; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS2023_CRC_V2_1.pdf
9. Fondation Registre du Cancer. Cancer Fact Sheets 2023 : Cervical cancer - Belgium [Fact sheet] [Internet]. Bruxelles: Belgian Cancer Registry; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS2023_CERVIX_V2_1.pdf
10. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Programmes de dépistage : guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et

- effets nocifs [Internet]. Copenhague; 2020 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ca717761-bbc7-4ac8-819f-aa801e5f9470/content>
11. D’Hoore W. Problématique générale de la santé publique. WFSP2100 - UCLouvain - Woluwe-Saint-Lambert; 2023.
 12. Conseil de l’Union européenne. Recommandation du Conseil du 9 décembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce : une nouvelle approche de l’Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE du Conseil. Journal officiel de l’Union européenne C 473 [Internet]. 13 déc 2022. p. 1-10. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2022:473:FULL>
 13. Service Public de Wallonie. Wallonie.be [Internet]. [cité 26 juill 2026]. État Fédéral. Disponible sur: <https://www.wallonie.be/fr/acteurs-et-institutions/etat-federal>
 14. État Fédéral. Belgium.be [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Les troisième et quatrième réformes de l’État. Disponible sur: https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/troisieme_et_quatrieme_reformes_de_l_etat
 15. État Fédéral. Belgium.be [Internet]. [cité 26 juill 2026]. La sixième réforme de l’État. Disponible sur: https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat
 16. Protocole du 25 octobre 2000 visant une collaboration entre l’État fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie. Moniteur belge [Internet]. 22 déc 2000. p. 42720. Disponible sur: <https://www.depistagecancer.be/ccr/pro/pdf/textes/MB25112000.pdf>
 17. OCDE/Commission européenne. Profils sur le cancer par pays : Belgique 2025 [Internet]. Profils des pays de l’UE sur le cancer. Paris: Éditions OCDE; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/profils-sur-le-cancer-par-pays-belgique-2025_1c43e9f8-fr.html doi:10.1787/1c43e9f8-fr
 18. AVIQ. Dépistages organisés [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.aviq.be/fr/prevention-maladies/maladies-chroniques-et-depistage/depistages-organises>
 19. Vivalis. Dépistage du cancer [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/prevention-des-maladies/depistage-du-cancer>
 20. INAMI. Objectifs en matière de soins de santé : avis de la Commission COSS [Internet]. Bruxelles; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/avis_COSS_avril_2025.pdf
 21. Berete F, Van der Heyden J, Clerbois M. Dépistage du cancer [Internet]. Bruxelles: Sciensano; 2025 [cité 25 juill 2026]. Rapport n° D/2025.14.440/84. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/sc_report_2023_fr.pdf

22. Leonardsen ACL, Englund E, Trope A, Stensrud M, Breivik K, Nødtveidt RM. The effect of a cervical testing campaign on incarcerated females - a repeated cross-sectional study in Norwegian prisons. *BMC Womens Health*. 3 févr 2026;26(1):141. doi:10.1186/s12905-026-04310-8 PubMed PMID: 41634726; PubMed Central PMCID: PMC12955301.
23. Paduano G, Di Giuseppe G, D'Antonio G, Ilardi M, Nese G, Pavia M. Adherence and Willingness to Participate in Cancer Screening Programs Among Women Living in Prison: A Cross-Sectional Study in Southern Italy. *Healthcare*. oct 2025;13(21):2735. doi:10.3390/healthcare13212735
24. Lüchtenborg M, Huynh J, Armes J, Plugge E, Hunter RM, Visser R, et al. Cancer incidence, treatment, and survival in the prison population compared with the general population in England: a population-based, matched cohort study. *Lancet Oncol*. mai 2024;25(5):553-62. doi:10.1016/S1470-2045(24)00035-4 PubMed PMID: 38697154.
25. Oladeru OT, Aminawung JA, Lin HJ, Gonsalves L, Puglisi L, Mun S, et al. Incarceration status and cancer mortality : A population-based study. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274703. doi:10.1371/journal.pone.0274703 PubMed PMID: 36112653; PubMed Central PMCID: PMC9481043.
26. Oladeru OT, Richman IB, Aminawung JA, Weinstein J, Puglisi LB, Mehta R, et al. Incarceration and Quality of Cancer Care. *JAMA Netw Open*. 14 oct 2025;8(10):e2537400. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.37400 PubMed PMID: 41085984; PubMed Central PMCID: PMC12522002.
27. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Soins de santé dans les prisons belges. *Health Services Research (HSR) [Internet]*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2017 [cité 26 juill 2026]. Rapport n°: 293B. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/soins-de-sante-dans-les-prisons-belges> doi:10.57598/R293BS
28. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. The WHO prison health framework : a framework for assessment of prison health system performance [Internet]. 2021 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289055482>
29. Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus. *Moniteur belge [Internet]*. 12 janv 2005. p. 2815. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2005011239&table_name=loi
30. Direction générale Établissements pénitentiaires. Chiffres annuels Établissements pénitentiaires 2024 [Statistiques annuelles] [Internet]. Bruxelles: Service public fédéral Justice; 2026 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://justice.belgium.be/sites/default/files/Chiffres%20annuels%202024%20-%20E%CC%81tablisements%20pe%CC%81nitentiaires%20.pdf>
31. Aebi MF, Cocco E. SPACE 1 - 2025 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2026 [cité 27 juill 2026]. p. 133.

Rapport PC-CP (2025) 9. Disponible sur:
https://wp.unil.ch/space/files/2026/06/260626_rapport-space-i-2025.pdf

32. Porte M, Harmel MD, Pernice L, Misserey M, Adam C, Sondey J, et al. Improving participation of detained men in organised screening of colorectal cancer in Toulon. *Eur J Public Health*. 1 nov 2019;29(Supplement_4):ckz186.212. doi:10.1093/eurpub/ckz186.212
33. Vahabi M, Hynes J, Wong JPH, Kithulegoda N, Moosapoor M, Akbarian A, et al. Breaking Barriers: Empowering Cervical Cancer Screening with HPV Self-Sampling for Sex Workers and Formerly Incarcerated Women in Toronto. *Curr Oncol*. 17 déc 2024;31(12):7994-8009. doi:10.3390/curroncol31120590 PubMed PMID: 39727713; PubMed Central PMCID: PMC11674614.
34. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health : Background document to WHO – Strategy paper for Europe [Arbetsrapport] [Internet]. Stockholm: Institute for Futures Studies; 2007 [cité 28 juill 2026]. p. 69. Arbetsrapport 2007:14. Disponible sur:
<https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
35. Marmot M. Déterminants sociaux de la santé : santé publique et pratique clinique. *Rev Médicale Suisse*. 2019;15(640):461. doi:10.53738/REVMED.2019.15.640.0461
36. Sciensano. Inégalité de santé [Internet]. Bruxelles; [cité 27 juill 2026]. Disponible sur:
<https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/inegalite-de-sante>
37. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 [Internet]. London: UCL Institute of Health Equity; 2010 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur:
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
38. Observatoire International des prisons - Section française. Les effets souvent inavoués du manque d'intimité en prison. oip.org [Internet]. 19 nov 2021 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://oip.org/temoignage/les-effets-souvent-inavoues-du-manque-dintimite-en-prison/>
39. Becker C. Annulations, indignité... Les extractions, un obstacle au soin. Observatoire international des prisons [Internet]. 20 août 2022 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/annulations-indignite-les-extractions-un-obstacle-au-soin/>
40. Service public fédéral Justice. Soins médicaux [Internet]. [cité 26 juill 2026]. Disponible sur:
https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/vivre_en_prison/soins_de_sante/soins_medicaux
41. Gouvernement fédéral belge. Plan fédéral de développement durable 2021-2026 [Internet]. Bruxelles; 2021 [cité 27 juill 2026]. p. 108. Disponible sur:
https://developpementdurable.be/sites/default/files/2025-07/2022_10_01_PFDD_2021_26_fr.pdf

42. Conseil de l'Europe, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Soins de santé en prison : normes pénitentiaires [Internet]. Strasbourg: Conseil de l'Europe; mai 2026 [cité 26 juill 2026]. p. 36. Rapport CPT/Inf (2025) 37 Révision de CPT/Inf(93)12-part. Disponible sur: <https://rm.coe.int/48802aca49>
43. Arrêté du Gouvernement wallon du 25 janvier 2024 relatif aux programmes de médecine préventive de lutte contre les cancers. Moniteur belge [Internet]. 8 mars 2024. p. 31143-64. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/03/08_1.pdf#page=143
44. Décret introduisant des dispositions relatives au traitement des données à caractère personnel dans le cadre des programmes de médecine préventive dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. Moniteur belge [Internet]. 12 oct 2023. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-12-octobre-2023_n2023206412.html
45. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) [Internet]. août 2000 [cité 26 juill 2026]. Rapport E/C.12/2000/4. Disponible sur: <https://docs.un.org/fr/E/C.12/2000/4>
46. UNICEF. Cadre de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité : un outil pour identifier les obstacles potentiels à l'accès aux services dans les contextes humanitaires [Outil] [Internet]. [cité 27 juill 2026]. Disponible sur: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2023/10/Cadre-AAAQ_FR.pdf
47. Shrestha-Ranjit J, Payne D, Koziol-McLain J, Crezee I, Manias E. Availability, Accessibility, Acceptability, and Quality of Interpreting Services to Refugee Women in New Zealand. *Qual Health Res.* 1 sept 2020;30(11):1697-709. doi:10.1177/1049732320924360
48. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/> PubMed PMID: 29262162.
49. Cliquennois G, Snacken S, Van Zyl Smit D. Introduction: Human rights, prisons and penal policies. *Eur J Criminol.* janv 2021;18(1):3-10. doi:10.1177/1477370820986010
50. Cliquennois G. Problèmes méthodologiques inhérents à une recherche sociologique qualitative menée sur les politiques carcérales belges et françaises. *Socio-Logos.* 19 avr 2006;(1). doi:10.4000/socio-logos.28
51. Legrand M. Il est urgent de mener un travail de sensibilisation sur les prisons. *Démocratie* [Internet]. 6 févr 2023 [cité 26 juill 2026];(2):14-5. Disponible sur: https://www.revue-democratie.be/index.php?option=com_content&view=article&id=1605:interview-olivia-nederlandt-et-j-m-mahy-il-est-urgent-de-mener-un-travail-de-sensibilisation-sur-les-prisons&catid=66&Itemid=33
52. Joris M. Prison : un médecin dénonce l'impossibilité de soigner correctement les détenus malades. *RTBF Actus* [Internet]. 12 mai 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.rtbf.be/article/prison-un-medecin-denonce-l-impossibilite-de-soigner-correctement-les-detenus-malades-11537151>

53. Guémas M, Meunier L, Meurant K. Soins de santé en prison : une urgence éthique et politique [Carte blanche] [Internet]. Bruxelles; 2025 [cité 8 juill 2026]. Disponible sur: https://b6fd9574-b4b4-490a-ba67-cbe1295a296b.filesusr.com/ugd/1c01f2_dfbcb14ca640946529de922a0e93821da.pdf
54. Belga. L'administration pénitentiaire en faveur du transfert des soins à la santé publique. Le Spécialiste [Internet]. 12 mai 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/l-administration-penitentiaire-en-faveur-du-transfert-des-soins-a-la-sante-publique.html>
55. RTBF. Pourquoi nos prisons sont de + en + surpeuplées ? Les Clés [Internet]. 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://auvio.rtbf.be/media/les-cles-les-cles-3410612>
56. Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Colloque sur les soins en prison, 30 ans après la loi de 1994 [Internet]. 2024 [cité 25 juill 2026]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/evenements/article/colloque-sur-les-soins-en-prison-30-ans-apres-la-loi-de-1994>
57. Nederlandt O. Les droits des personnes détenues s'arrêtent-ils aux portes des prisons ? [Internet]. Amnesty International – Académie des droits humains. 26 févr 2026 [cité 26 juill 2026]; Bruxelles, Belgique. Disponible sur: <https://docs.google.com/presentation/d/12teqgpGcNSxzETf3FtYxiDnYffEtC0SP>
58. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e éd. refondue, avec une nouvelle présentation. Paris: A. Colin; 2010. (L'enquête et ses méthodes).
59. Aujoulat I. Introduction aux méthodes qualitatives (cours 2) - WFSP2106 - UCLouvain. 17 févr 2026; Woluwe-Saint-Lambert.
60. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. 5e édition. Paris: Armand Colin; 2021 [cité 26 juill 2026]. p. 269-357. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269>
61. Moniteur belge. Loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine [Internet]. 17 mai 2006. p. 30455. Disponible sur: <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2006/05/17/2006009456/justel>
62. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. New York: Nations Unies; 2015 [cité 27 juill 2026]. Rapport A/RES/70/1. Disponible sur: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/90/pdf/n1529190.pdf>
63. Rousseaux R, avec la participation de Malengreaux S et Aujoulat I. La santé en prison : une disjonction symptomatique. Une recherche exploratoire visant à ouvrir un dialogue autour de la collaboration interprofessionnelle comme levier de promotion de la santé en milieu carcéral. [Rapport de recherche] [Internet]. Woluwe-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS-RESO; 2023 [cité 27 juill 2026]. p. 58. Disponible sur: https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/recherches/Rapport_la%20sant%C3%A9%20en%20prison_juillet%2023.pdf

64. Rostaing C. Chapitre premier. L'enfermement, une épreuve totale. In: Une institution dégradante, la prison. [Internet]. Paris: Gallimard; 2021 [cité 26 juill 2026]. p. 41-89. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/une-institution-degradante-la-prison--9782070145409-page-41>
65. Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les Ed. de Minuit; 1968.
66. Servais V. Médecine en milieu carcéral : droit commun et réalité discriminante. Présenté à : 40 ans au service de la santé : repenser l'inclusion et combattre la stigmatisation en prison. 25 nov 2025; Namur.
67. LOI n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal officiel de la République française [Internet]. 18 janv 1994. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000728979>
68. Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. Am J Public Health. mars 2012;102(3):475-80. doi:10.2105/AJPH.2011.300374
69. Agence de la santé publique du Canada. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. Gouvernement du Canada; 2017 [cité 25 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
70. Mannaerts D, Delescluse T. Osez le plaidoyer pour la santé ! Balises pour une démarche communautaire [Internet]. Bruxelles: Cultures&Santé; 2019 [cité 25 juill 2026]. 82 p. Disponible sur: <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/osez-le-plaidoyer-pour-la-sante-balises-pour-une-demarche-communautaire/>
71. Rousseaux R. Comment une intervention de promotion de la santé en milieu carcéral participe-t-elle au développement d'une prison promotrice de santé ? Etude du cas de Care.Connexion [Mémoire de Master en sciences de la santé publique] [Internet]. UCLouvain; 2021 [cité 25 juill 2026]. Disponible sur: <https://thesis.dial.uclouvain.be/entities/masterthesis/96fae91f-2d50-4076-a30c-e4dce7719482>
72. Callebaut L. Les jardins collectifs : levier potentiel pour la promotion de la santé dans le milieu carcéral belge? Étude du cas de Vent Sauvage [Mémoire de Master en sciences de la santé publique] [Internet]. UCLouvain; 2023 [cité 25 juill 2026]. Disponible sur: <https://thesis.dial.uclouvain.be/entities/masterthesis/85e4ec90-96ff-47d5-a109-120ee7f2e7d4>
73. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Le Comité anti-torture du Conseil de l'Europe publie une nouvelle norme complète sur les soins de santé en prison [Internet]. Conseil de l'Europe; 2025 [cité 26 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/the-council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-new-comprehensive-standard-on-healthcare-in-prison>

11. Annexes

11.1.1. Annexe 1 : Préambule à l'entretien version 1

Bonjour INTW1 et INTW2,

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Je me nomme Valérie Lévêque et je suis étudiante en dernière année de Master en Santé publique à L'UCLouvain.

Je travaille depuis plus de 10 ans au Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers en Wallonie (CCRef).

Pour mon mémoire, j'ai choisi de m'intéresser aux personnes vulnérables et en particulier les personnes détenues en Wallonie.

Pour cela, je souhaite élaborer un modèle de théorie du changement portant sur l'accès aux dépistages organisés des cancers (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus) au bénéfice des personnes détenues en Wallonie.

Ce modèle a pour objectif de mettre en lumière les obstacles et les facilitateurs des dépistages organisés des cancers (cancer colorectal, cancer du sein et cancer du col de l'utérus) dans les prisons et ainsi pouvoir servir de cadre de référence à la mise en œuvre, par une association active au sein des prisons, d'actions de promotion et de prévention de la santé au sein des établissements pénitentiaires wallons, voire belges.

Votre expertise concernant les prisons, leur fonctionnement et la santé des détenus est vraiment essentielle et au cœur de ma recherche.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue personnel, vos expériences et vos ressentis en lien avec la problématique

Mon objectif est de mieux comprendre, sans jugement, votre perception sur le sujet abordé dans l'unique but de pouvoir trouver des pistes d'actions pour lever les obstacles et ainsi rendre plus facilement accessibles les dépistages organisés aux personnes détenues.

Cet entretien est entièrement anonyme : aucune information permettant d'identifier les participants ne sera diffusée.

Pour faciliter l'analyse de vos réponses et garantir leur exactitude, je souhaiterais enregistrer notre échange. Cet enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins d'étude et sera conservé de manière sécurisée et confidentielle. Êtes-vous d'accord pour que notre entretien soit enregistré ?

Vous pouvez, à tout moment, demander à ce que cet enregistrement soit mis en pause ou stoppé définitivement, voire supprimé.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à cet entretien si vous le souhaitez ou refuser de répondre à une question si celle-ci ne vous met pas à l'aise.

De votre côté, n'hésitez pas à poser des questions ou à demander des précisions à tout moment.

Merci encore pour votre précieuse participation !

11.1.2. Annexe 2 : Préambule à l'entretien version 2

Bonjour INTW3, INTW4, INTW5, INTW6, INTW7

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Je me nomme Valérie Lévêque et je suis étudiante en dernière année de Master en Santé publique à l'UCLouvain.

Je travaille depuis plus de 10 ans au Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers en Wallonie (CCRef).

Pour mon mémoire, j'ai choisi de m'intéresser aux personnes vulnérables et en particulier aux personnes détenues en Wallonie.

Pour cela, mon travail porte sur l'élaboration d'un plaidoyer en faveur de l'accès aux dépistages organisés des cancers (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus) en milieu carcéral pour les personnes détenues en Wallonie.

Ce mémoire cherche à analyser les obstacles et les facilitateurs de l'accès des personnes détenues aux dépistages organisés des cancers, dans l'objectif de défendre l'intégration de ces dispositifs au sein des établissements pénitentiaires wallons et de soutenir les professionnels engagés dans la promotion de la santé et la prévention en prison.

Votre expertise concernant les prisons, leur fonctionnement et la santé des détenus est vraiment essentielle et au cœur de ma recherche.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue personnel, vos expériences et vos ressentis en lien avec la problématique.

Mon souhait est de mieux comprendre, sans jugement, votre perception sur le sujet abordé dans l'unique but de pouvoir trouver des pistes d'actions pour réduire les obstacles et ainsi rendre plus facilement accessibles les dépistages organisés aux personnes détenues.

Cet entretien est entièrement anonyme : aucune information permettant d'identifier les participants ne sera diffusée.

Pour faciliter l'analyse de vos réponses et garantir leur exactitude, je souhaiterais enregistrer notre échange. Cet enregistrement ne sera utilisé qu'à des fins d'étude et sera conservé de manière sécurisée et confidentielle. Êtes-vous d'accord pour que notre entretien soit enregistré ?

Vous pouvez, à tout moment, demander à ce que cet enregistrement soit mis en pause ou stoppé définitivement, voire supprimé.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à cet entretien si vous le souhaitez ou refuser de répondre à une question si celle-ci ne vous met pas à l'aise.

De votre côté, n'hésitez pas à poser des questions ou à demander des précisions à tout moment.

Merci encore pour votre précieuse participation !

11.1.3. Annexe 3 : Déclaration de consentement

Je soussigné·e :

Nom :

Déclare :

- Avoir reçu des informations claires concernant l'étude ;
- Avoir eu la possibilité de poser mes questions ;
- Participer de façon tout à fait volontaire ;
- Accepter de participer à l'entretien dans le cadre de cette recherche.
- Avoir été informé.e de la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout moment ainsi qu'à l'enregistrement.

☐ **J'accepte que l'entretien soit enregistré.**

☐ **Je n'accepte pas l'enregistrement de l'entretien.**

Lieu et date :

Signature du/de la participant·e :

Signature de la chercheuse :

Je souhaite recevoir une copie de ce mémoire et communique donc une adresse mail pour qu'il me soit envoyé :

11.1.4. Annexe 4 : Guide d'entretien (de base)

Guide d'entretien : de base

Introduction :

➔ Présentation/préambule Annexe 1

➔ Consentement Annexe 2

Rappeler l'objet du mémoire : identifier les leviers et obstacles à la participation aux dépistages organisés des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) en milieu carcéral wallon, dans une perspective de plaidoyer.

Rappeler le cadre éthique : confidentialité, anonymat, utilisation uniquement dans le cadre académique, droit de ne pas répondre.

Question d'ouverture générale :

Pour démarrer cet entretien, pouvez-vous vous présenter brièvement et m'expliquer quel est votre rôle au sein de votre institution (surtout en lien avec les prisons) ?

Ancienneté dans la fonction, types d'établissements fréquentés

Nature des interventions en prison (soins, coordination, prévention...)

Connaissances au sujet des dépistages organisés :

Avez-vous déjà entendu parler des dépistages organisés des cancers et que connaissez-vous de ces dépistages (sein, colorectal, col de l'utérus) ?

Avez-vous déjà eu l'occasion d'assister à une campagne de sensibilisation aux dépistages des cancers ? Au sein de la prison ?

Si la personne ne connaît pas, lui expliquer brièvement le principe des dépistages.

Si en présentiel, remettre une brochure explicative si la personne le souhaite.

<https://www.ccref.org/pro/>

Représentations :

De votre expérience, si je vous dis dépistage (organisés) des cancers à quoi pensez-vous par rapport aux prisons ?

Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté-e à cette question ?

Freins :

Selon vos connaissances du terrain, qu'est-ce qui freine la participation aux dépistages organisés ?

→ Au niveau des détenus ?

vous avez mentionné xxx, pouvez-vous développer ? –

idem avec les autres si nécessaire : la confidentialité médicale – la méfiance vis-à-vis du personnel soignant - méconnaissance - littératie - l'illettrisme - barrière linguistique - honte – le dégoût - la motivation - l'intimité – la peur du coût – la procédure – la santé mentale – ... autre ?

→ Au niveau de la prison ?

transmission du courrier d'invit et/ou du kit de dépistage - accès à internet pour les personnes détenues - pénurie de personnel - peu de public cible – coût en lien avec les procédures internes – la motivation des acteurs de santé - ... autre ?

→ Au niveau de l'organisation carcérale ?

cloisonnements entre Justice et Santé – procédures d'extraction – pénurie de personnel – méconnaissance – coûts – cadre légal - décisions politiques – ... autre ?

→ Au niveau de la santé publique ?

*Absence de couverture par les programmes de dépistage (adresse, numéro de registre)
Définition des compétences en milieu carcéral (Wallonie vs Fédéral)
Pas de couverture soins de santé – pas de compétences dans les prisons... autre ?*

→ Au niveau politique ?

*Peu ou pas de volonté politique
Priorités politiques, visibilité de la santé carcérale dans les agendas
Fragmentation institutionnelle (AVIQ, SPF Justice, entités fédérées)*

Leviers :

Selon vos connaissances du terrain, qu'est-ce qui pourrait faire levier pour la participation aux dépistages organisés ?

→ Au niveau des détenus ?

la motivation – la gratuité – la procédure - ... autre ?

→ Au niveau de la prison ?

transmission du courrier d'invit et/ou du kit de dépistage - accès à internet pour les personnes détenues – la motivation des acteurs de santé - ... autre ?

→ Au niveau de l'organisation carcérale ?

cadre légal - décisions politiques – Droits humains – Charte d'Ottawa – prisons promotrices de santé – les ODD - associations actives dans les prisons – aide à la réinsertion... autre ?

➔ Au niveau politique ?

Volonté politique.

Arguments budgétaires (coût du traitement tardif vs dépistage précoce).

Contexte favorable :

Il semble que dans certaines prisons il y ait parfois quelques détenus qui réalisent les dépistages du cancer colorectal, avez-vous connaissance d'expériences pilotes ou de contextes qui pourraient être plus favorables ? (Andenne)

Pensez-vous que certains établissements pourraient être plus propices que d'autres ?

Maisons de peines/maisons de détentions ?

Rôles :

Quel rôle votre association pourrait-elle jouer dans l'introduction des dépistages organisés des cancers dans les prisons ?

Freins et/ou leviers ?

Plaidoyer et changements :

Ces dépistages organisés sont gratuits, et répondent à des obligations légales, humaines et éthiques, avez-vous une idée du pourquoi ils ne sont pas proposés systématiquement aux détenus éligibles ?

D'autant plus qu'ils sont tout à fait gratuits !

Quels arguments vous semblent les plus convaincants pour mobiliser les décideurs politiques autour de cette problématique ?

Éthique et droits humains, prévalence des cancers, efficacité d'une détection précoce avec une réduction des coûts, réinsertion de personnes malades/saines, ... ?

Quels arguments pensez-vous qu'on vous opposerait ?

Qui faut-il convaincre en priorité de la nécessité de ces dépistages au sein des prisons et de quelle manière ?

Qu'est-ce qui pourrait faire changer les choses concrètement ?

Quels arguments pourraient être les plus efficaces ?

Clôture et remerciements :

Avez-vous des questions, des réflexions, des pistes que nous n'avons pas abordées et qui pourraient être utiles pour ma recherche ?

Existe-t-il des PV de réunions, des rapports non publiés, ... que je pourrais consulter de façon tout à fait respectueuse de l'anonymat et des sources bien entendu ?

Merci beaucoup pour ce temps précieux et ces informations de qualité

