

UNIVERSITE de LIMOGES

Faculté de Médecine

SCD UNIV.LIMOGES.



D 065 089502 6

ANNEE 2002

THESE N°

14911

**LA MATERNITE
EN MILIEU CARCERAL**
*A propos de l'expérience
de la maison d'arrêt de Limoges*

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2002

par

Isabelle Virginie LASSAGNE

née le 14 décembre 1973
à Saint-Yrieix-la-Perche (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur PIVA	PRESIDENT
Monsieur le Professeur AUBARD	JUGE
Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR	JUGE
Monsieur le Professeur VERGNENEGRE	JUGE
Madame le Docteur MARTIN DUPONT	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur RAFFI	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **VANDROUX** Jean-Claude

ASSESEURS :
Monsieur le Professeur **LASKAR** Marc
Monsieur le Professeur **VALLEIX** Denis
Monsieur le Professeur **COGNE** Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S.= Chef de Service

ACHARD Jean-Michel (C.S.)	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean- Paul (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S.)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE
BEDANE Christophe (C.S.)	CYTOGENETIQUE
BERTIN Philippe	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	THERAPEUTIQUE
BONNAUD François (C.S.)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	DERMATOLOGIE
BOUTROS-TONI Fernand	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	BIostatistique ET Informatique Médicale
CLAVERE Pierre	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	RADIOTHERAPIE
COGNE Michel	PSYCHIATRIE ADULTES
COLOMBEAU Pierre	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	UROLOGIE
COURATIER Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
CUBERTAFOND Pierre	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure (C.S.)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PARASITOLOGIE
DENIS François (C.S.)	PEDIATRE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DUDOGNON Pierre (C.S.)	ANATOMIE
DUMAS Jean-Philippe	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Michel	UROLOGIE
DUMONT Daniel	NEUROLOGIE
DUPUY Jean-Paul (C.S.)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

FEUILLARD Jean
GAINANT Alain (C.S.)
GAROUX Roger (C.S.)
GASTINNE Hervé (C.S.)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S.)

LASKAR Marc (C.S.)

LEGER Jean-Marie
LEROUX-ROBERT Claude
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian

MARQUET Pierre
MAUBON Antoine
MELLONI Boris
MENIER Robert
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)
MOULIES Dominique (C.S.)
NATHAN-DENIZOT Nathalie

PARAF François
PILLEGAND Bernard (C.S.)
PIVA Claude (C.S.)
PREUX Pierre-Marie

RIGAUD Michel (C.S.)
ROUSSEAU Jacques
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S.)
STURTZ Franck

TEISSIER Marie-Pierre
TREVES Richard (C.S.)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)
VALLAT Jean-Michel (C.S.)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)

VERGNENEGRE Alain

VIDAL Elisabeth (C.S.)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S.)
WEINBRECK Pierre (C.S.)

HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDOPSYCHIATRIE
 REANIMATION MEDICALE
 IMMUNOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE
 PATHOLOGIQUE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET
 CARDIO-VASCULAIRE
 PSYCHIATRIE ADULTES
 NEPHROLOGIE
 PEDIATRIE
 ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
 ET TRAUMATOLOGIQUE
 PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
 RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
 CHIRURGICALE
 ANATOMIE-PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 INFORMATION MEDICALE ET
 EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET GENETIQUE
 MOLLECULAIRE
 MEDECINE INTERNE B-ENDOCRINOLOGIE
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE
 L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA
 SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE-CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PIVA

Professeur des Universités de Médecine légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance
et de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur MARTIN DUPONT

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance pour votre aide précieuse et votre disponibilité tout au long de ce travail.

A NOTRE JURY

Monsieur le Professeur AUBARD

Professeur des Universités de Gynécologie - Obstétrique
Praticien Hospitalier
Chef de Service

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, en acceptant de le juger.

Permettez nous à cette occasion de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR

Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Vous avez accepté de siéger à notre jury.

Veillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse
considération.

Monsieur le Professeur VERGNENEGRE

Professeur des Universités d'Epidémiologie et de Santé Publique
Médecin des Hôpitaux

Soyez remercié d'avoir bien voulu juger ce travail.

Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur RAFFI

Chef de Service de Gynécologie - Obstétrique
Hôpital de Tulle

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous
avez témoignée.

Recevez par ce travail le témoignage de notre chaleureuse
estime.

A Stéphane et Martin,

Avec tout mon amour.

A mes parents,
A mes grands-mères,

Pour votre soutien sans faille tout au long de mes études.

A Pascal et Giovanni,

Avec toute ma tendresse.

A toute ma famille,

A mes amis,

Que tous reçoivent ici le témoignage de ma profonde affection.

PLAN

Introduction

Chapitre I Historique

- 1) Historique de l'emprisonnement comme peine
- 2) Historique de l'emprisonnement des femmes

Chapitre II Généralités sur l'incarcération des femmes

- 1) Les établissements pénitentiaires
- 2) La population carcérale féminine française
- 3) La santé des femmes détenues
- 4) La femme détenue et la maternité
 - a) En France
 - b) Au Royaume-Uni
 - c) En Espagne
 - d) En Russie
 - e) Aux Etats-Unis
 - f) En Finlande

Chapitre III Nos observations à la maison d'arrêt de Limoges

- 1) Le quartier des femmes
- 2) Nos observations
 - a) Madame M.M.
 - b) Madame G.N.
 - c) Madame B.J.
 - d) Madame L.V.
 - e) Madame S.L.

Chapitre IV Revue de la littérature

- A) Publication française : **Gaido – Le Moullec**, 1984
- B) Publications internationales
 - 1) **Fogel**, 1986, 1993, U.S.A., Caroline du Nord
 - 2) **Phillip.E**, 1985
 - 3) **Shelton**, 1989, Missouri
 - 4) **Smith**, 1991, New York
 - 5) **Cordero**, 1991, 1992, Ohio
 - 6) **Egley**, 1992, Caroline du Nord
 - 7) **Wilson**, 1993, Huntington
 - 8) **Catling-Paull**, 1994, Grande-Bretagne
 - 9) **Breuner**, 1995, Seattle, Washington
 - 10) **Osborne**, 1995, Seattle, Washington
 - 11) **Martin**, 1997, Caroline du Nord
 - 12) **Wismont**, 2000, Michigan
- C) Code de procédure pénale

- D) Instruments internationaux relatifs aux femmes détenues
- E) Synthèse de la revue de littérature

Chapitre V Discussion

Conclusion

Références bibliographiques

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La maternité en milieu carcéral est une expérience peu étudiée en France et dans les autres pays du monde.

Cela s'explique, sans doute, par le fait que les femmes incarcérées, et à fortiori les femmes enceintes incarcérées ne représentent qu'une minorité de la population carcérale.

Il apparaît établi pour la plupart des auteurs que l'expérience d'un contact avec le système pénal peut entraîner des répercussions majeures sur la vie des individus et augmenter leurs besoins en matière de santé.

De plus, ils reconnaissent les difficultés de prodiguer des soins de santé dans le cadre d'une institution fermée comme la prison : « le personnel de santé en milieu carcéral se voit confier la difficile mission d'offrir des services structurés à partir d'une logique d'aide et de soins dans une institution guidée par une logique de contrôle et de sécurité » (5).

Les périodes pré et post natales sont des moments d'anxiété pour les mères, et à plus forte raison pour celles vivant en prison où le stress est multiplié.

Elles ont à faire face à de nombreux problèmes en rapport avec un bas niveau social, un isolement, une santé physique et mentale précaire et l'appréhension d'une future séparation avec leur enfant. Elles constituent donc un groupe à haut risque sur le plan des complications obstétricales, et pour une partie des auteurs, l'incarcération constitue à lui seul un facteur de risque qui compromet la grossesse et l'accouchement.

Enfin, il apparaît dans d'autres publications que des soins de santé adéquats complétés par un travail éducatif peuvent améliorer le bon déroulement des grossesses en prison ainsi que l'attachement mère-enfant, et que, paradoxalement, certains aspects de l'incarcération peuvent être bénéfiques à ces femmes enceintes à haut risque.

Ce travail est réalisé à partir :

- de 5 observations de femmes enceintes incarcérées à la maison d'arrêt de Limoges,
- d'une revue de la littérature.

CHAPITRE I : HISTORIQUE

CHAPITRE I : HISTORIQUE

1) Historique de l'emprisonnement comme peine

Les prisons n'étaient conçues à l'origine que pour y enfermer des individus dans l'attente d'un châtement.

- De la fin du Moyen Age à celle de l'ancien régime (XIV –XVIII° siècles), c'est le temps des supplices (28) (14).

- A la fin du Moyen Age, ce sont les amendes et bannissements qui l'emportent sur les peines prononcées.
- C'est au XVI° siècle, dans un contexte de crises religieuses et politiques, que le châtement va remplacer les amendes. Il importe maintenant de châtier le coupable pour préserver l'ordre public. La répression fonctionne à l'exemplarité.
- Le siècle de la renaissance est reconnu par les historiens comme étant celui de l'éclat des supplices corporels.

- Au XVIII° siècle, après l'apogée des galères(peine apparue en France au XV° siècle), l'influence de la contestation philosophique des lumières se fait entendre.

Dans « l'Esprit des lois », 1748, **Montesquieu** prône une meilleure proportion de la peine au délit.

Dans « Des délits et des peines », 1764, **Beccaria** développe l'idée d'une utilité sociale de la peine. Il ne s'agit plus de châtier mais de prévenir, « d'empêcher le coupable de causer de nouveaux dommages et de dissuader les autres d'en commettre de semblables » (4).

La déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 va consacrer l'émergence de cette conception nouvelle de la peine.

- Le code pénal de 1791 fait de l'enfermement la peine par excellence. Hors la peine capitale maintenue, trois peines sont définies :

- La réclusion dans une maison de force pour les femmes ne pouvant être condamnées aux fers,
- La gêne : le condamné est enfermé seul, au pain et à l'eau,
- La détention : enfermement en commun.

Des « workhouses » existent en Europe du Nord dès le XVII^e siècle, avec pour objectif d'amender par le travail marginaux et délinquants.

Dans « Surveiller et punir », 1975, **Michel Foucault** montre que la prison n'est pas une création du système pénal, mais qu'elle a pris naissance à l'extérieur du système judiciaire. En effet, dans la seconde moitié du XVII^e siècle, se développent des pratiques d'enfermement para-pénales : internement administratif des mendiants et vagabonds dans des dépôts de mendicité qui ont pris le relais des hôpitaux généraux, premier lieu d'enfermement des pauvres, mais aussi des prostituées, fous, vénériens et incurables (17).

- La contestation de l'enfermement existe dès l'origine de cette peine. Alors que les prisons du XIX^e siècle ne sont que des lieux d'exclusion, de nombreux changements apparaissent au XX^e siècle :

- Début d'individualisation de la peine : le traitement pénal est différent pour les mineurs et les femmes.
- Au lendemain de la seconde guerre mondiale, instauration d'un service médical, d'annexes psychologiques, mise en place d'un service d'assistantes sociales.
- Dans le dernier tiers du XX^e siècle, alors que la population carcérale ne cesse d'augmenter, on recherche des peines alternatives.

Après la suppression de la peine de mort en 1981, la prison reste la seule peine majeure (28).

2) Historique de l'emprisonnement des femmes

Longtemps les femmes ont été protégées par les filtres judiciaires et leur identité de mères. La criminalité féminine se traduisait par les infanticides, les émeutes, la prostitution, les vols à l'étalage.

Le choix des peines dépendait bien sur des crimes commis. Mais ceux qui paraissaient les plus ordinaires entraînaient un surcroît de réprobation parce qu'ils touchaient aux valeurs et vertus fondamentales de la famille : meurtres, infanticides et vols domestiques, tous passibles de la peine de mort encore appliquée au XVI^e siècle.

Au cours des siècles suivants, dans un contexte législatif inchangé ou aggravé par de nouveaux statuts capitaux, la jurisprudence des cours souveraines fait évoluer la répression vers une modération des peines au détriment des supplices et en faveur des peines d'enfermement.

La peine la plus fréquente est alors le bannissement plus fouet, qui sanctionne les agressions contre la propriété. Les récidivistes de vol ou d'atteinte des mœurs sont dirigées vers les pénitenciers (12).

Avant la création au XIX siècle d'établissements pénitentiaires destinés à accueillir exclusivement les femmes, ces dernières étaient envoyées dans des quartiers d'hommes, des orphelinats religieux ou dans les Dom Tom.

Saint-Lazare, tout d'abord léproserie fondée au début du XII^e siècle à Paris, devint la maison mère des prêtres de la mission : les Lazaristes. Ils furent chassés en 1789 et l'établissement devint une geôle révolutionnaire, puis en 1935 un hôpital et une prison pour femmes. Les bâtiments furent démolis en 1940.

La Petite Roquette, construite en 1836 à Paris, est tout d'abord réservée aux jeunes prévenus avant de devenir dans les années trente une prison pour femmes. On y enfermait les délinquantes, les criminelles, les avorteuses, les infanticides, les droguées, et dans les années soixante quelques détenues politiques. Elle fut détruite en 1974.

Mais c'est en 1863 que fut décidée la construction de la première « maison centrale de force et de correction » pour femmes en France. Elle fut construite à **Rennes** et pouvait recevoir de 900 à 1000 femmes. Jusqu' en 1989, c'est le seul établissement qui recevait des femmes définitivement condamnées (de plus de deux ans à la perpétuité). Puis furent construits les établissements de **Bapaume** (sud d'Arras), et **Joux la Ville** (35 kms d'Auxerre) (30).

CHAPITRE II : GENERALITES
SUR L'INCARCERATION DES FEMMES

CHAPITRE II : GENERALITES

SUR L'INCARCERATION DES FEMMES

1) Les établissements pénitentiaires

Au 1^o juillet 1999, on dénombrait 186 établissements pénitentiaires dont :

- 119 maisons d'arrêt, soit 30 068 places (peines inférieures à un an) ;
- 55 établissements pour peines supérieures à un an, dont 24 centres de détention (14 803 places), 25 centres pénitentiaires, et six maisons centrales avec régime de sécurité (2858 places) ;
- 12 centres de semi liberté (1927 places) ;
- un établissement public de santé national (hôpital pénitentiaire) à Fresnes (358 places) (29).

2) La population carcérale féminine

Au 1^o décembre 1999, en France, la population carcérale totale est de 53 926.

La population carcérale féminine est de 2070, dont 1046 prévenues et 1024 condamnées.

Les femmes représentent 3,8 % de la population carcérale (1).

Les différences de statistiques flagrantes entre les criminalités féminine et masculine s'expliquent en énonçant et en cumulant plusieurs causes :

Pour les uns, la structure biopsychique de la femme la détournerait de la violence et favoriserait son adaptation aux difficultés de l'existence.

Pour les autres, comme **Sutherland**, c'est une explication de type sociologique qui doit être privilégiée. La différence des taux de criminalité hommes et femmes découlerait de différences de rôle social et de tradition des deux sexes. Ce rôle conduirait les femmes délinquantes à commettre des infractions bien spécifiques : infanticides ou abandon d'enfants liés le plus souvent à des situations de détresse, faux témoignages, calomnie, vols à l'étalage, recels, injures (7).

Les 2070 femmes détenues sont réparties dans 63 établissements pénitentiaires, dont six sont spécialement prévus pour elles.

Au 1^o juillet 1999, 14 % des détenues ont moins de 25 ans.

Entre 1996 et 1997 on note une augmentation de plus de 13 % des mineures incarcérées, pour 7 % chez les garçons.

Au 1^o octobre 1998, une femme détenue sur quatre est de nationalité étrangère.

Soixante trois établissements pénitentiaires sur 186 accueillent des femmes ; trois maisons d'arrêt sont spécialisées pour les femmes :

- Fleury-Mérogis,
- Rennes,
- Versailles.

Dans les autres maisons d'arrêt, quelques cellules ou un quartier leur sont réservés.

Trois établissements pour peines accueillent les femmes condamnées à de moyennes ou longues peines :

- Rennes,
- Bapaume
- Joux la Ville.

Au 1^o juillet 1999, 17 % des femmes incarcérées sont des illettrées déclarées, 44% ont un niveau scolaire primaire, et 39 % ont une instruction secondaire ou supérieure (1).

3) La santé des femmes détenues

Le système de soins en milieu pénitentiaire est défini par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi a permis de « faire entrer l'hôpital dans les prisons »(2).

Jusqu'alors la prise en charge des soins des détenus dépendait uniquement de l'administration pénitentiaire : le directeur régional de l'administration pénitentiaire désignait un ou plusieurs médecins vacataires.

Une infirmerie devait être installée à l'intérieur de la prison. Un infirmier ou une infirmière y était employé à temps complet ou partiel. Un chirurgien dentiste effectuait un minimum de deux visites par mois.

La loi du 18 janvier 1994 instaure un nouveau système dont les deux buts principaux sont :

- accorder au détenu une couverture sociale,
- lui permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre grâce au service public hospitalier.

L'accès aux soins est assuré par une unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A.).

Un protocole signé par le directeur de l'hôpital et le directeur de la prison précise les règles d'organisation et de fonctionnement de l'unité.

Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence ou de courte durée, le détenu est transféré dans un hôpital signataire du protocole. Les services de police assurent la garde jour et nuit. Le transfert suppose la coordination de trois administrations différentes :

- L'établissement pénitentiaire,
- L'hôpital,
- Les forces de sécurité.

A l'entrée en détention une visite médicale est obligatoire.

Il y a quelques pathologies propres à la prison, mais surtout, les problèmes sont liés à l'origine des détenus.

En effet c'est une population marquée par les dépendances : drogues illicites, tabac, alcool, médicaments.

Les détenus ont un fort risque de contamination par les virus du S.I.D.A. ou de l'hépatite, de part les pratiques d'injection de drogues par voie intra veineuse, les rapports sexuels non protégés ou les tatouages.

Les problèmes de santé mentale chez les détenus (de la déprime à la pathologie psychiatrique avérée) sont de plus en plus préoccupants.

Une étude du ministère de l'emploi et de la solidarité publiée en janvier 1999 montre que les femmes détenues requièrent plus de soins que les hommes (1):

- 9,6 % des femmes entrant en prison déclarent au moins un résultat positif aux tests de dépistage du S.I.D.A., ou des hépatites B ou C (contre 6,4 % chez les hommes).
- 13 % des femmes déclarent avoir eu un suivi psychiatrique ou une hospitalisation en psychiatrie dans l'année précédent l'incarcération.
- 70 % des détenues de la maison d'arrêt de Fresnes sont toxicomanes sur les 78 femmes que compte cet établissement au 1^o janvier 1999.

Le taux de prévalence de la contamination H.I.V. au sein de la population carcérale des deux sexes est de 1,9 % en 1996, soit 1113 personnes (trois à quatre fois plus que pour le reste de la population) (1).

4) La femme détenue et la maternité

a) En France

Population du pays : 59 100 000 en 1999

Population carcérale totale : 53 926

Population carcérale féminine : 2070 en 1999, soit 3,8 % de la population carcérale totale.

Les détenues enceintes et celles qui élèvent leur enfant en prison jusqu'à l'âge de 18 mois doivent bénéficier de conditions de détention appropriées.

S'il s'agit de prévenues, le magistrat peut autoriser leur transfert dans un établissement comportant un quartier spécialement aménagé (article D 401 du code de procédure pénale.).

Pour leur accouchement, les détenues sont transférées dans un hôpital public où elles restent trois jours sauf complications.

L'enfant né avant ou pendant la détention de la mère peut être laissé à la garde de celle-ci jusqu'à l'âge de 18 mois. Cette limite d'âge peut être reculée à la demande de la mère et sur décision du directeur régional des services pénitentiaires.

Le séjour moyen des enfants en prison est de sept à huit mois.

Quatre vingt pour cent des enfants sortent avec leur mère, la séparation n'ayant lieu que pour les condamnées à de longues peines, ou lorsque la mère décide de faire sortir l'enfant avant le terme des 18 mois.

En cas de séparation, l'enfant est confié à la famille de la mère ou au tuteur désigné par la mère.

Dix pour cent des enfants séparés sont placés en famille d'accueil, ou dans un foyer de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Vingt trois établissements pénitentiaires accueillent environ 60 enfants de moins de 18 mois chaque année.

Deux maisons d'arrêt disposent d'une nursery : Fleury-Mérogis et Montluc.

Huit établissements disposent d'une à 86 cellules aménagées pour les mères et leurs enfants, avec une salle commune, « la pouponnière » : Marseille, Loos, Nîmes, Rennes, Nantes, Nice, Dijon, Toulouse.

Dans les établissements spécialisés, les mères et leurs enfants peuvent circuler la journée dans leur quartier. L'enfant n'a pas le statut de détenu et peut sortir définitivement ou temporairement à la demande de sa mère. Les enfants subissent une fouille à chaque entrée et sortie de l'établissement (1).

b) Au Royaume-Uni

Population du pays : 59 400 000

Population carcérale totale : 65 244 au 7 avril 2000

Population carcérale féminine : 3356 au 7 avril 2000, soit 5,1 % de la population carcérale totale.

Le nombre de femmes emprisonnées a doublé entre 1953 et 1999.

Onze établissements détiennent uniquement des femmes.

La prison de Holloway est la seule spécialement aménagée pour recevoir des femmes détenues (532 places, elle est la plus grande prison pour femmes d'Europe occidentale).

Quatre prisons disposent d'unités mère enfants : Askham grange, Holloway, New Hall et Styal.

Les femmes enceintes ne bénéficient pas d'un traitement spécifique. Holloway est le seul établissement où elles peuvent être transférées dans une zone particulière.

Soixante trois pour cent des femmes n'ont pas accès à des soins prénataux dans leur lieu de détention.

Les femmes sont transférées à l'hôpital en début de travail, mais en 1998, 72 bébés sont nés en prison (le travail trop rapide ne permettait pas le transfert).

Les enfants sont séparés de leur mère à l'âge de neuf mois à Holloway et à New Hall, et à 18 mois à Askham-Grange et à Styal. Les bébés peuvent être laissés à leur mère jusqu'à l'âge de 21 mois si la détenue est proche de la fin de sa peine. Ceux des mères qui purgent une longue peine sont enlevés dès l'âge de dix mois.

La séparation de la mère et de l'enfant peut être utilisée comme sanction, jusqu'à 28 jours (1).

c) En Espagne

Population du pays : 39 400 000

Population carcérale totale : 45 409 au 25 février 2000

Population carcérale féminine : 3756 au 25 février 2000, soit 8 % de la population carcérale.

Trois établissements détiennent exclusivement des femmes (1052 places) : Avila et Carabanchel à Madrid et Alcala de Guadaira à Séville.

Les femmes enceintes sur le point d'accoucher à la prison de Carabanchel sont transférées à la maternité de l'hôpital.

Le nombre d'enfants qui vivent en compagnie de leur mère en prison est de 169 en 1997.

A Carabanchel, une garderie fonctionne de 9h à 16h30. Le reste du temps, les enfants subissent les problèmes d'exiguïté des locaux, surpopulation et absence d'activité.

Les femmes sont autorisées à garder leur enfant avec elles jusqu'à l'âge de trois ans.

Les femmes enceintes ou qui allaitent reçoivent des compléments alimentaires (1).

d) En Russie

Population du pays : 147 000 000

Population carcérale totale : 1 038 000 en mai 1999

Population carcérale féminine : 58 000 en 1999, soit 5,6 % de la population carcérale.

Les 35 colonies pénitentiaires pour femmes comptent environ 40 000 condamnées.

Environ 400 femmes se trouvent dans le camp à régime sévère pour les femmes récidivistes dangereuses à Berzniaki.

Deux S.I.Z.O.(centre de détention préventive) réservés aux femmes à Moscou (1300 places) et Saint Petersburg , sont occupés à 300 %.

Des centaines de femmes meurent en prison chaque année de la typhoïde, de la tuberculose, de maladies cardio-vasculaires.

L'alimentation insuffisante, est l'une des causes de maladies de peau et chute des cheveux.

Le manque d'hygiène est source de maladies, les poux et la gale sont répandus.

Au 10 juin 1999, 250 femmes enceintes se trouvent dans les camps correctionnels. Elles sont généralement transférées à l'hôpital pour accoucher, sous escorte et parfois menottées.

Les mères doivent retourner au centre de détention deux heures après l'accouchement. Les bébés sont confiés quelques jours à la maternité.

Dix colonies correctionnelles pour femmes sur les 35 disposent d'aménagements pour les enfants .Les femmes condamnées peuvent confier leur enfant jusqu'à l'âge de trois ans aux nurseries et passer tout le temps qu'elles veulent avec lui en dehors de leur temps de travail.

Cinq cent quinze femmes se trouvent avec leurs enfants dans les camps correctionnels au 10 juin 1999 (1).

e) Aux Etats-Unis

Population du pays : 263 000 000

Population carcérale totale : 1 600 000 en 1995,

Population carcérale féminine : 75 000 en 1996, soit 4,7 % de la population carcérale totale, dont 6 % sont enceintes.

En 1998, plus de 950 000 femmes étaient sous contrôle judiciaire, soit 1% de la population féminine totale (27).

La croissance des populations emprisonnées aux trois paliers de l'appareil carcéral (les maisons d'arrêt des villes et comtés, les centrales des 50 Etats de l'union et les pénitenciers fédéraux) est fulgurante.

Le taux pour 100 000 habitants est passé de 139 en 1980 à 478 en 2000 (24).

Aux Etats-Unis, les recherches ont permis de décrire la « femme justiciable type » comme une jeune femme pauvre, avec peu d'éducation et de formation, qui a des problèmes de drogue et/ ou d'alcool et qui appartient à un groupe minoritaire. Elle est sans emploi ou occupe un emploi subalterne. Elle doit subvenir seule aux besoins de son ou ses enfants (5).

Les mères sont séparées de leur enfant 48 à 72 heures après la naissance.

Seul l'Etat de New York depuis une loi de 1992 autorise les mères à garder leur bébé.

D'autres initiatives existent, avec des résultats variables d'un Etat à l'autre.

En Ohio, les femmes condamnées à de courtes peines sont emprisonnées dans une maison d'arrêt. Celles qui ont des peines légères sont emprisonnées dans les prisons d'Etat de moyenne sécurité.

Les femmes enceintes détenues reçoivent les soins prénataux à l'infirmerie de la prison jusqu'au troisième trimestre de la grossesse puis elles sont transférées dans une unité de sécurité moins importante localisée près du service obstétrique de l'hôpital « Ohio State University Hospital ».

Toutes les femmes enceintes doivent effectuer leurs petits travaux obligatoires à la prison (11).

f) En Finlande

Population du pays : 5 200 000

Population carcérale totale : 2869 en 1999

Population carcérale féminine : 120 en 1999, soit 4,4% de la population carcérale totale.

Huit établissements pénitentiaires reçoivent des femmes en 1999, dont 2 prisons ouvertes.

A son arrivée, toute détenue doit passer un examen médical.

Elles peuvent rencontrer l'infirmière cinq fois par semaine et le médecin au moins une fois par semaine

Des programmes de sevrage ou de sensibilisation pour les femmes toxicomanes sont mis en place.

Les sérologies du S.I.D.A., hépatites sont praticables si elles les demandent, ainsi que le test de grossesse.

La surveillance de la grossesse est identique à celle du monde civil.
L'avortement est possible.

La loi permet à une femme enceinte condamnée à l'emprisonnement de se voir concéder un ajournement de l'application de sa peine jusqu'à sa remise de l'accouchement.

L'accouchement a toujours lieu dans un hôpital extérieur, et le personnel de surveillance n'est pas présent dans la salle d'accouchement. Les femmes ne sont pas entravées pendant le travail

Il existe des cellules spéciales mère-enfant. L'enfant peut sortir de la prison dans sa famille ou chez un(e) ami(e) proche.

Généralement, l'enfant doit quitter sa mère une fois atteint l'âge de 2 ans.

Dans l'unité ouverte de Vanaja, des efforts sont réalisés pour que la mère et son enfant vivent comme dans le monde civil, et l'enfant peut rester avec sa mère jusqu'à l'âge de 4 ans.

La suppression de la visite de l'enfant ne peut pas être utilisée comme punition (1).

CHAPITRE III : NOS OBSERVATIONS

A LA MAISON D'ARRET DE LIMOGES

CHAPITRE III : NOS OBSERVATIONS

A LA MAISON D'ARRET DE LIMOGES

La maison d'arrêt de Limoges est un bâtiment du XIX^e siècle érigé en centre ville.

1) Le quartier des femmes

Réouvert depuis 1996 après travaux, il se compose de huit cellules dont deux cellules ateliers, soit 16 places théoriques.

Les problèmes de surpopulation sont rares au quartier des femmes.

Il n'existe aucun aménagement particulier destiné à l'accueil des enfants, bien qu'il ne soit pas rare de recevoir une femme enceinte ou une détenue mère.

Actuellement, neuf femmes sont détenues : quatre condamnées et cinq prévenues. La moyenne d'âge est de 47 ans.

Parmi les condamnées, les peines sont de 15, 10, 2, et 1 an.

On relève trois assassinats et une tentative de meurtre sur le conjoint, trois affaires de mœurs intra-familiales, un cas de proxénétisme aggravé et une affaire liée à la législation des stupéfiants.

2) Nos observations

a) Madame M.M.

Née en 1974

Nationalité Roumaine

Célibataire

Incarcérée le 28 novembre 1996

Peine : condamnée à 5 mois

Motif : vol

Accouche le 16 décembre 1996

Transfert le 8 janvier 1997 à Bordeaux.

- **Antécédents et facteurs de risque**

Antécédents chirurgicaux : appendicectomie

Antécédents médicaux : aucun

Antécédents obstétricaux : Accouchement d'une fille en 1993.

Sérologies :

- Toxoplasmose négative
- H.I.V. négative
- Hépatite B négative
- Rubéole positive.

Tabagisme : 4 années-paquet.

Alcool occasionnel.

- **La grossesse**

Geste II, pare I.

Transfert de la maison d'arrêt de Tulle le 28 novembre 1996.

Grossesse non précisément datée, a été examinée par un gynécologue de Saint-Denis le 26 novembre 1996.

Terme estimé par échographie pour fin décembre 1996.

Poids avant la grossesse : 60 kg.

Poids au neuvième mois : 70 kg.

Taille : 1m72.

Le 6 décembre 1996, une échographie a été annulée par les forces de police.
Nouvelle échographie le 10 décembre 1996.

Traitement : TARDIFERON B9® : 3 par jour.

- **L'accouchement**

Accouchement le 16 décembre 1996 par voie basse d'une fille de 3450 gr avec épisiotomie préventive.

Délivrance naturelle et complète.

Allaitement artificiel.

Sortie quatre jours plus tard.

Transférée à Bordeaux le 8 janvier 1997 après la visite de contrôle le 7 janvier 1997.

Remarque : un lit voiture est prêté pour l'enfant par une maison maternelle des environs.

b) **Madame G.N.**

Née en 1970

Nationalité Roumaine

Mariée, un enfant

Incarcérée le 29 novembre 1997

Peine : prévenue

Motif : vol

Accouche le 5 mai 1998 de jumeaux dont l'un décède

- **Antécédents et facteurs de risque**

Antécédents chirurgicaux : amygdalectomie

Antécédents médicaux : aucun.

Antécédents Obstétricaux :

- accouchement par voie basse à 40 semaines d'aménorrhée d'une fille en 1991
- deux interruptions volontaires de grossesse.

Sérologies :

- C.M.V. positive
- Rubéole négative
- Toxoplasmose négative
- Syphilis négative
- Hépatite B négative
- H.I.V. négative

Tabagisme :

- Avant la grossesse : plus de dix cigarettes par jour
- Pendant la grossesse : moins de dix cigarettes par jour

- **La grossesse**

Grossesse gémellaire geste IV, pare II.

Pas de suivi avant 20 semaines d'aménorrhée.

Date de début de grossesse (estimé par échographie) 2 septembre 1997 ;

Terme prévu le 2 juin 1998.

Taille : 1m58 .

Poids avant la grossesse : non documenté

Poids au neuvième mois : 85 kg

Hospitalisation du 24 janvier au 5 février 1998, à 24 semaines d'aménorrhée pour menace de fausse couche tardive:

- Traitement par tocolyse intraveineuse de SALBUTAMOL®.
- Cerclage le 30 janvier 1998 (à noter un épisode de sub O.A.P. en post-opératoire).

Symptômes présentés pendant la grossesse :

- Anxiété
- Asthme
- Céphalées
- Eruption cutanée
- Gastralgies
- Lombalgies
- Œdème des membres inférieurs.
- Rhinopharyngite, trachéite

Traitements du 4 mars au 7 avril 1998 :

- PREPAR® 10 mg comprimés : 1 le matin, 2 le midi, 1 le soir, 2 au coucher,
- OSTRAM® sachets : 1 le matin, 1 le soir,
- TARDIFERON B9® comprimés : 1 le midi,
- INDOCOLLYRE® : 2 gouttes matin et soir.

• L'accouchement

Accouchement par césarienne à 37 semaines d'aménorrhée sous rachis-anesthésie pour un fœtus en présentation du siège et un fœtus en présentation transverse.

Le premier jumeau : score d'Apgar 10 à 1, 3, 5 et 10 minutes ; transféré en néonatalogie.

Poids : 2440 gr,
 Taille : 46 cm,
 Périmètre crânien : 34 cm.

Il présentait à la naissance une hyperthermie et une hypocalcémie.

Le deuxième jumeau :

Poids : 2300 gr,
 Taille : 46 cm,
 Périmètre crânien : 35,5 cm

Il présentait à la naissance une hypotrophie et une macrocéphalie. L'examen neurologique retrouvait une hypotonie globale.

L'échographie transfontanellaire montrait une dilatation quadri ventriculaire, et l'I.R.M. la présence d'un caillot flottant intra-ventriculaire droit.

Le diagnostic porté était une hydrocéphalie liée à l'X (maladie de Bickers et Adams).

c) Madame B.J.

Née en 1961
Nationalité Française
Incarcérée le 9 décembre 1997
Peine : prévenue puis condamnée à 15 ans
Motif : assassinat
Accouche le 3 août 1998
Séparation en novembre 1999
Transférée le 24 mai 2002 à Rennes

- **Antécédents et facteurs de risque**

Antécédents chirurgicaux : aucun

Antécédents médicaux : aucun

Antécédents obstétricaux : trois enfants de 12 à 16 ans, bien portants

Sérologies :

- Syphilis : négative
- Autres : non communiquées

Tabagisme : non communiqué

Alcool : non communiqué

- **La grossesse**

Ne sait pas qu'elle est enceinte lors de son incarcération. Le diagnostic est posé fin janvier 1998 par un dosage des Béta H.C.G. .

Geste IV, pare III.

Symptômes présentés pendant la grossesse :

- Anxiété
- Asthénie
- Dermatose
- Troubles du sommeil

- **L'accouchement**

Accouchement le 3 août 1998 par voie basse d'un enfant de 3920 gr.

L'enfant est suivi par la P.M.I. et l'U.C.S.A. .

Une puéricultrice de l'extérieur assure les sorties.

Séparation en novembre 1999 sur ordre du juge qui a refusé le transfert après l'accouchement.

Organisation locale et dépannages divers : lait et couches fournis par la maison d'arrêt, médicaments fournis par l'hôpital puis achetés à la pharmacie par la carte vitale de la maman.

Transférée le 24 mai 2002 à Rennes.

d) **Madame L. V.**

Née en 1970

Nationalité Française

Célibataire, S.D.F., niveau d'instruction primaire.

Incarcérée le 14 avril 1999.

Peine : condamnée à 4 ans.

Motif : séquestration.

Accouche le 13 juin 1999.

Transférée le 18 avril 1999.

- **Antécédents et facteurs de risques**

Antécédents chirurgicaux : aucun.

Antécédents médicaux : gastrite, alcoolisme.

Antécédents obstétricaux :

- accouchement par voie basse en 1992, à 41 semaines d'aménorrhée d'un garçon de 2830 gr.
- Accouchement par voie basse en 1996 à 38 semaines d'aménorrhées d'un garçon de 2580 gr.

Sérologies :

- Rubéole positive
- Toxoplasme négative
- C.M.V. positive
- H.I.V. négative
- Syphilis négative
- Hépatite B : vaccinée

Tabagisme estimé à 15 années-paquet.

Alcoolisme.

Polytoxicomanie par L.S.D., marijuana : stoppée.

- **La grossesse**

Geste III, pare II..

Date des dernières règles : non documentée.

Date de début de grossesse : 29 septembre 1998 (déterminée par échographie).

Terme prévu le 29 juin 1999.

Taille : 1m60.

Poids avant la grossesse : 45 kg.

Poids au neuvième mois : 55 kg.

Hospitalisation du 28 au 29 novembre 1998 et du 23 au 24 janvier 1999 pour vomissements.

Hospitalisation le 27 avril 1999 pour menace d'accouchement prématuré à 32 semaines d'aménorrhée. Sortie contre avis médical.

Traitement de sortie :

- SALBUTAMOL® comprimés : 6 par jour,
- SALBUTAMOL® suppositoires : 3 par jour.

Hospitalisation le 20 mai 1999 pour menace d'accouchement prématuré à 35 semaines et 2 jours d'aménorrhée. Sortie contre avis médical
 Traitement de sortie :

- SALBUTAMOL® comprimés : 12 par jour pendant 48 heures puis,
 10 par jour pendant 48 heures puis,
 8 par jour pendant 48 heures puis,
 6 par jour pendant 48 heures puis arrêt.

Symptômes présentés pendant la grossesse :

- Acné
- Anxiété
- Bronchite
- Gastralgies
- Nausées

• **L'accouchement**

Accouchement à 39 semaines d'aménorrhée plus 5 jours, spontané, par voie basse, sans anesthésie péridurale, avec périnée intacte et délivrance naturelle et complète.

Naissance d'un garçon de 2660 gr, 46 cm, 33cm de périmètre crânien.

Score d'Apgar à 10 à 1, 3, 5 et 10 minutes.

Allaitement artificiel.

d) **Madame S.L.**

Née en 1963

Nationalité Française

Niveau d'études secondaire

Incarcérée le 17 octobre 1999

Peine : prévenue

Motif : proxénétisme

A accouché un mois avant son incarcération

Arrivée du nouveau né le 20 octobre 1999

Retrait de l'enfant le 7 novembre 1999

Libérée le 15 novembre 1999

- **Antécédents et facteurs de risque**

Antécédents chirurgicaux :

- Appendicectomie
- Césarienne
- Grossesse extra utérine

Antécédents médicaux : asthme allergique

Antécédents obstétricaux :

- Grossesse extra utérine en 1996
- Interruption thérapeutique de grossesse en 1997
- Fausse couche en 1998
- Naissance d'un garçon par césarienne le 18 septembre 1999

Sérologies :

- Hépatite C : négative
- Hépatite B : négative
- Syphilis : négative
- H.I.V. négative
- Toxoplasme : négatif

Tabagisme : 5 années-paquets

Alcool : consommation occasionnelle

- **La grossesse**

Geste IV, nullipare.

Date des dernières règles : 13 décembre 1998.

Terme prévu : 26 septembre 1999.

Poids avant la grossesse : 60 kg

Taille : 1m55

Poids au neuvième mois : 84 kg ; prise de poids de 24 kg nécessitant une consultation endocrinologique.

Traitements : TARDIFERON B9® 1 matin et soir.

- **L'accouchement**

Accouchement le 18 septembre 1999 par césarienne (pour stagnation de la dilatation) d'un garçon de 3720 gr.

Allaitement artificiel.

Arrivé le 20 octobre du bébé à la maison d'arrêt, puis, quelques jours plus tard, elle présente une grande anxiété et dit ne plus supporter son enfant, a peur de lui faire du mal. Elle est vue en consultation par un psychiatre en urgence.

L'enfant a été vu par la P.M.I. à son arrivée puis suivi par l' U.C.S.A..

Il est retiré et placé en pouponnière le 7 novembre 1999.

Madame S.L. est libérée le 15 novembre 1999.

Donc, parmi ces 5 femmes accueillies de 1996 à 1999,

- Une est incarcérée avec son bébé de 1 mois,
- Quatre sont enceintes au moment de leur incarcération.

Sur ces 4 grossesses,

- Une est suivie entièrement,
- Une est suivie pendant 5 mois,
- Deux sont suivies pendant 1 mois

CHAPITRE IV : REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE IV : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les données de la littérature sont essentiellement des publications anglo-saxonnes, une grande partie des articles est tirée de travaux d'instituts de soins infirmiers.

A) Publication Française : **Gaido-Le Moullec**, 1984

Mémoire de soins infirmiers relatant la vie quotidienne d'une mère en prison. Composé de l'interview d'une jeune femme enceinte racontant son parcours de Fleury Merogis à Fresnes.

En 1984, sur 87 enfants nés à Fresnes, quatre sont abandonnés, dans le milieu de la prostitution essentiellement. L'auteur souligne les difficultés pour l'enfant de vivre dans le milieu carcéral de façon fusionnelle avec sa mère, puis évoque la déchirure de la séparation à 18 mois. Aucune statistique n'est disponible à propos du devenir à long terme des enfants élevés en prison (18).

B) Publications internationales

1) **Fogel**, 1986, 1993, U.S.A, Caroline du Nord

1986

Dans l'article de 1986, l'auteur présente un programme prénatal développé pour diminuer le stress et l'anxiété des femmes enceintes incarcérées. « Quand, une femme enceinte est séparée de son milieu de vie habituelle, et placée dans un environnement de grand stress, elle expérimente une situation de crise ». Les conditions habituelles reconnues pour diminuer les complications de la maternité et stimuler de façon positive la relation avec le nouveau né, à savoir : la présence d'un mari et le soutien d'une famille, peu de stress et des connaissances sur la maternité, sont rarement rassemblées pour les détenues.

Le programme prénatal est dispensé par l'équipe infirmière sous forme d'informations sur la grossesse, l'accouchement, les soins au nouveau-né.

De plus, elles apportent un soutien moral pour ces femmes souvent incarcérées loin de leur famille, que l'institution pénitentiaire prend en charge totalement, et qui ne leur laisse que peu de prise de décision.

Le programme prénatal comporte aussi des groupes de paroles, des cours de relaxation et de respiration, des conseils alimentaires.

« Elles ont peu de connaissance sur la contraception, souvent, elles ne connaissent pas la date du début de leur grossesse et, en général, elles en savent peu sur le fonctionnement de leur corps ».

Leur principale anxiété concerne le devenir de l'enfant si une séparation est nécessaire (avant une liberté conditionnelle, ou, pour les femmes purgeant une longue peine).

Concernant le programme d'information, beaucoup d'infirmières pensent que leur travail est rendu difficile par l'institution pénitentiaire.

Enfin, les détenues manquent de conviction pour ces programmes, elles sont souvent résignées, et leur attention est souvent totalement investie dans l'attente d'une décision judiciaire. Pourtant, elles approuvent l'existence de ces cours.

Loin de leur famille, les femmes enceintes détenues peuvent trouver auprès de l'équipe infirmière, informations et soutien au cours de leur grossesse (15).

1993

L'auteur a répertorié les facteurs de risque et les résultats obstétricaux des femmes enceintes incarcérées dans une prison de haute sécurité.

Quatre vingt neuf femmes enceintes incarcérées pendant le troisième trimestre de la grossesse ont participé à l'étude sur une population carcérale de 700 femmes.

Pour C. FOGEL, le nombre de femmes incarcérées aux Etats Unis est celui qui augmente le plus actuellement. Elle annonce le chiffre de 40 000 femmes incarcérées un jour donné de 1990. Leur nombre a augmenté de 107 % de 1976 à 1985.

Ce sont essentiellement des femmes pauvres, appartenant à des minorités ethniques, mères célibataires avec de jeunes enfants.

Une femme sur quatre serait enceinte à son entrée en prison, ou aurait donné la vie récemment.

Plusieurs études antérieures de 1978 à 1985 font état de nombreuses complications de la grossesse (anémie, saignements, infections vaginales) avec un nombre plus important de décès néonataux que dans la population générale.

Elle oppose à ces résultats une enquête plus récente de EGLEY en 1992 qui montre chez les femmes enceintes détenues que les accouchements prématurés et les ruptures prématurées des membranes sont plus rares que dans le groupe contrôle.

L'anxiété et la dépression, étaient évaluées à partir d'échelles.
Les indicateurs suivants étaient relevés :

- poids de naissance
- nombre de semaines de gestation au jour de l'accouchement
- présence d'anomalie congénitale
- le score d'Apgar à 1 et 5 minutes.

La majorité des patientes était interrogée pendant le neuvième mois de leur grossesse.

Il s'agissait essentiellement de femmes jeunes (âge moyen : 24 ans), non blanches, célibataires, mères de plus de un enfant, sans instruction ou diplôme.

Les facteurs de risque identifiés étaient les suivants :

- dépendance chimique : pendant la grossesse, 57% des femmes ont fumé, 27% ont consommé de la drogue, 15% ont bu de l'alcool.
- Statut nutritionnel pauvre : 16,5% des femmes enceintes pratiquent le PICA pendant la grossesse en consommant de la terre et des glaçons.
- Obésité : 30% sont obèses avant la grossesse.
- Malnutrition pour 15% d'entre elles.
- Complications obstétricales antérieures : 25% avaient déjà donné naissance à un enfant prématuré.
- Complications médicales fréquentes pendant la grossesse ; anémie, infections urinaires, saignement, hypertension, maladies sexuellement transmissibles.

Beaucoup avaient de hauts niveaux d'anxiété et de dépression pendant le troisième trimestre de la grossesse.

Les différentes variables socio-démographiques intervenaient à des degrés divers comme facteurs de risque :

- Significativement plus de femmes non blanches recevaient des soins prénataux inadaptés et pratiqués le PICA.
- Les femmes, avec un niveau d'éducation bac et équivalent avaient significativement moins de MST pendant la grossesse.
- Les femmes sans instruction prenaient plus de poids pendant la grossesse.

L'auteur est surpris par les résultats de l'étude, à savoir que le pourcentage de faible poids de naissance était inférieur à la moyenne de l'état dans lequel est localisé la prison ; alors que de nombreux facteurs de risque étaient retrouvés.

Elle explique que la nutrition adaptée, des soins prénataux réguliers, et l'âge jeune de ces femmes ont pu compenser les nombreux facteurs de risque.

De plus, il existait un biais dans cette étude tendant à minimiser le résultat de la prématurité ; les femmes étaient toutes dans leur neuvième mois de grossesse.

A l'issue de cette étude, l'accent est mis sur les implications de l'équipe infirmière, notamment, sur la nécessité d'une éducation sanitaire et de soins prénataux réguliers.

A la vue des pourcentages élevés de toxicomanie chez les femmes enceintes détenues, des programmes de désintoxication devraient être développés (16).

2) **Philipp, E ; 1985**

L'auteur rapporte son expérience en tant qu'obstétricien à la prison de Holloway (banlieue de Londres) pendant 20 ans.

Il a constaté un taux très bas de mortalité périnatale (plus bas que dans la population générale). Il cite plusieurs facteurs bénéfiques pouvant expliquer ce taux :

- le repos physique et le fait d'être à l'abri
- la diminution du stress notamment en échappant à la violence masculine et à une éventuelle violence sexuelle.
- une surveillance de la grossesse et des soins médicaux adaptés, dispensés par une équipe médicale et des sages femmes.

Les sérologies courantes (rubéole, toxoplasmose), sont réalisées, le dépistage du SIDA est proposé.

L'anémie est dépistée et corrigée rapidement.

Les visites anténatales sont rapprochées.

Il signale que dans l'unité mère-enfant de Holloway il pouvait y avoir plus de 20 femmes enceintes en même temps et 6 à 7 femmes avec leur enfant. Parmi les problèmes fréquemment rencontrés, il constate que la plupart des détenues ne savent pas la date de leurs dernières règles et que, certaines se font volontairement saigner pour être transférées de la prison à l'hôpital.

Il pense que pour ces femmes enceintes peu violentes, des « peines non privatives de liberté » seraient plus appropriées, par exemple, elles pourraient être transférées dans des hôtels parentaux.

Enfin, il souligne l'importance des problèmes qui attendent ces femmes et leurs enfants à leur sortie, avec un taux de mortalité infantile cette fois plus élevé que dans la population générale (21).

3) **Shelton, 1989 – Missouri**

L'auteur est cadre infirmier et sociologue.

Etude sociale et ethnographique réalisée à partir d'interviews semi-structurées visant à évaluer les répercussions psychologiques de la maternité en prison.

Toutes les détenues interrogées ont vécu cette expérience comme négative. La grossesse et le post-partum sont décrits comme étant des périodes de vulnérabilité pour les femmes, et à plus forte raison pour celles qui vivent en prison. Ces patientes sont alors à hauts risques de complications.

Elles savent qu'elles vont être séparées de leur enfant peu après la naissance, et appréhendent cette séparation qui interrompt le processus d'attachement de la mère et de l'enfant.

Les 26 femmes étaient questionnées pendant le troisième trimestre de la grossesse et 4 semaines après l'accouchement. Elles avaient de 19 à 45 ans, la moitié était blanche, la majorité de religion protestante, non mariée, de bas niveau socio-économique, plusieurs étaient multipares.

Les sujets de l'étude pensent que des femmes enceintes ne devraient pas aller en prison. Elles voudraient être séparées des autres détenues, dans des unités spéciales. Elles souhaiteraient également ne pas avoir à dire à l'enfant qu'il est né en prison. Toutes déplorent l'insuffisance de la prise en charge, avant et pendant l'accouchement. Les complications sont fréquentes, surtout des infections vaginales.

Quatre des 26 enfants ont dû être hospitalisés en réanimation néonatale. L'auteur propose la mise en place de petites unités maternelles dans chaque prison de femmes, équipées pour donner des soins avant et après l'accouchement. Les infirmières développeraient un programme d'information sur l'accouchement mais aussi sur la santé en général. Dans l'idéal, les femmes condamnées à de courtes peines pourraient garder leur enfant pendant la première année de vie. Pendant cette période, les liens maternels pourraient se mettre en place.

Il semble que le souci de la prise en charge des femmes enceintes détenues aux Etats Unis soit récent, la sanction prime par dessus tout (22).

4) **Smith, 1991 ; New York**

L'auteur a étudié la prévalence du SIDA parmi les femmes incarcérées dans les prisons de l'Etat de New York en 1988.

Il avance les chiffres de 44 000 détenus dont 1800 femmes pour le seul état de New York.

L'infection par le virus du SIDA est devenu le principal problème médical des détenus aux Etats Unis. En 1989, 800 détenus de l'état de New York avaient un SIDA symptomatique. En 1985, les maladies liées au SIDA sont devenues la première cause de décès des détenus.

En 1988, le dépistage du SIDA était ciblé sur les sujets à risque. L'année suivante il est étendu, toutes les détenues sont encouragées à subir volontairement le test, spécialement celles qui ont des facteurs de risque. Pendant les quatre mois de l'étude, 520 femmes entrent en prison, 480 sont incluses.

La séroprévalence pour le SIDA est de 18,8 %.

Ce taux varie avec les facteurs socio-démographiques suivants :

- avec l'age : le taux est le plus haut (25%) pour la tranche 30/39 ans,
- avec la race : comparé au taux pour les blanches la prévalence est 2 fois plus importante pour les noires et 4 fois plus importantes pour les hispaniques.
- la séroprévalence augmente quand le niveau social baisse.

La séropositivité pour le virus du SIDA est associé à plusieurs facteurs de risque :

- parmi les 136 femmes qui reconnaissent consommer de la drogue par voie intra-veineuse la moitié était séropositive.
- Parmi les 71 femmes qui ont une sérologie positive pour la syphilis, un tiers était séropositive.

Sur les 21 femmes qui étaient enceintes, 2 soit 9,5 % étaient séropositives.

La moyenne du nombre de grossesse, la moyenne du nombre de naissance d'enfant vivant et le pourcentage de femmes nullipares sont similaires dans les groupes des femmes séropositives et séronégatives.

Si on inclut les différents items socio-démographiques (age, race, usage de drogue intra-veineuse) pour les 2 groupes de femmes, les résultats de fertilité ne changent pas.

Il existait un biais dans l'étude, tendant à diminuer la prévalence du S.I.D.A. En effet, les femmes exclues parce que leur prélèvement sanguin était insuffisant avaient des veines difficiles à prélever par l'usage de drogue et donc étaient à hauts risques de séropositivité pour le SIDA.

En conclusion, il n'y avait pas de différence entre les femmes séropositives et séronégatives quant à l'évolution de la grossesse et de l'accouchement (23).

5) Cordero, 1991, 1992, Ohio

1991

Cet article étudie la corrélation entre la durée de l'incarcération et l'issue de la grossesse.

Les sujets de l'étude sont 53 femmes incarcérées pour une courte peine (moins de 90 jours) et 53 pour une longue peine (plus de 120 jours).

Les femmes avec de courtes peines expérimentent une grande morbidité et mortalité périnatale.

Au contraire, celles avec une longue peine semblent bénéficier de soins prénataux meilleurs, d'une nutrition améliorée et d'un environnement structuré, ces conditions sont favorables au bon déroulement des grossesses (10).

1992

Cette étude a pour but de déterminer si des soins prénataux adaptés pour cette population à hauts risques peut modifier les résultats obstétricaux.

Deux cent trente trois femmes sont incluses dans l'étude ; un tiers a été incarcéré dans le premier trimestre de la grossesse, un tiers dans le deuxième trimestre, un tiers dans le troisième.

Toutes ont accouché pendant leur détention. Après l'accouchement, un tiers des prisonnières ont été relâchées, les autres sont retournées en prison.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population de cette prison sont les mêmes que ceux décrits dans les autres Etats.

Les facteurs de risques retrouvés étaient nombreux :

- 71 % ont consommé des produits illicites avant la grossesse,
- 70 % ont fumé plus de dix cigarettes par jour pendant la grossesse,
- 27 % ont eu des complications obstétricales (menace d'accouchement prématuré) pour des grossesses antérieures.

Le taux de césarienne était de 16 %.

Il y avait un enfant mort-né et 226 enfants vivants.

Le taux de prématurité était de 3 % et le taux d'hypotrophie de 8 % pour les 187 femmes enceintes prises en charge précocement contre respectivement 20 % et 26 % pour les femmes qui ont reçu des soins tardifs ou inadaptés.

En conclusion, une grossesse peut se dérouler de façon satisfaisante en prison si les détenues ont accès à un programme de soins adapté et débuté précocement.

Les soins étaient délivrés à l'infirmerie de la prison. L'apport calorique était augmenté et elles recevaient une supplémentation en fer.

Les détenues enceintes étaient dispensées de travaux difficiles.

Le taux bas de prématurité retrouvé dans cette étude reflétait la qualité du service de soins du système correctionnel d'Ohio.

Toutefois les efforts entrepris et les résultats obtenus sont variables d'un Etat à l'autre (11).

6) Egley, 1992, Caroline du Nord

L'auteur a étudié l'issue de la grossesse de 69 femmes détenues, comparée à celle de 69 sujets du groupe contrôle, appariés pour l'âge, la parité, la race, la date de début de soins prénataux, sur une période d'un an.

Pour un jour donné, il y a environ 18 000 femmes incarcérées dans les différents systèmes pénitentiaires des Etats-Unis. La prison concernée est un établissement de haute sécurité, bien que les femmes qui y sont détenues ne soient pas toutes particulièrement dangereuses.

Les soins donnés aux deux groupes de femmes étaient identiques.

Elles accédaient toutes tardivement au système de soins : à partir de la dix-septième semaine de grossesse pour les femmes détenues et à partir de la vingtième pour les femmes du groupe de contrôle.

La prise de poids pendant la grossesse était similaire pour les deux groupes.

Vingt-cinq femmes soit 36% ont continué à se droguer en prison (cocaïne essentiellement) contre 2 femmes, soit 3% dans le groupe de contrôle.

Le tabagisme était trois fois plus important chez les femmes incarcérées (68% versus 20%).

Une détenue était positive pour le S.I.D.A. et une autre pour la syphilis.

Une prisonnière souffrait d'anémie contre 12 femmes du groupe contrôle.

Le seul décès fœtal était observé dans le groupe contrôle.

En dépit des facteurs de risque, on notait :

- moins d'accouchements prématurés : 10% dans le groupe des détenues contre 22% dans le groupe contrôle,
- moins de ruptures prématurées des membranes : 3% dans le groupe des détenues versus 18%.

L'incidence des complications en anté et post-partum était similaire. A noter que le groupe contrôle était également issu de classes défavorisées.

En dépit des incidences élevées de consommation de drogue illicites et de tabac chez les détenues, leurs résultats périnataux n'étaient pas plus mauvais, et peut-être meilleurs que ceux du groupe contrôle. La mise à disposition de repas diététiques et suffisants, de soins périnataux réguliers, et l'abstinence sexuelle semblent avoir contrebalancés les effets néfastes de la consommation de drogue et de tabac (13).

7) **Wilson, 1993, Huntington**

L'auteur est sage-femme en Grande-Bretagne.

Elle décrit les soins mis à disposition pour les femmes enceintes en prison.

En 1993, 55 000 personnes étaient incarcérées, c'était le chiffre le plus important des pays d'Europe de l'Ouest ; le nombre de femmes incarcérées est en augmentation, passant de 800 en 1974 à 2400 en 1989.

En 1983 à Genève, un texte international fut adopté, qui décrit les devoirs des personnels de santé : prodiguer aux prisonniers des soins de même qualité qu'aux personnes libres.

Elle remarque que la séparation d'avec le bébé jusqu'à 28 jours peut être utilisée comme mesure disciplinaire.

Elle évoque les difficultés psychologiques des mères séparées de leurs enfants, leur difficulté à se sentir mères et à maintenir des liens avec leurs enfants quand ils sont placés dans une famille d'accueil.

Alors que le ministère de l'intérieur affirme après consensus que le développement des enfants souffre probablement d'un maintien trop long en prison, l'auteur cite Elton : « Les prisons doivent être plus sensibles aux besoins des bébés et de leurs mères. La politique de séparation doit être assouplie. Les prisonnières non dangereuses doivent être détenue dans un environnement plus favorable à l'enfant. Une création de foyer pour mère et bébé peut créer une atmosphère plus bénéfique à la réhabilitation, pourrait vaincre certains problèmes psychologiques et pourrait les rapprocher géographiquement de leur famille. »

Elle conclue : « Il semble essentiel, pour le bien des actuelles et futures générations, que les mères et leurs enfants soient détenus ensemble, c'est ainsi qu'ils auront une chance d'intégration » (25).

8) **Catling-Paull, 1994, Grande-Bretagne**

L'auteur est sage-femme. Elle décrit dans cet article le fonctionnement des unités mère-enfant dans les trois établissements Anglais suivants : Holloway, Styal et Askham Grange.

Les bébés peuvent rester avec leur mère jusqu'à 18 mois à Styal et Askham Grange mais uniquement jusqu'à 9 mois à Holloway. Le placement dans ces unités est une démarche spéciale qui peut être refusée suivant le délit. Si l'admission est refusée, l'enfant est retiré à sa mère et rapidement placé.

Les femmes continuent à travailler dans la prison jusqu'à 28 semaine puis elles sont affectées à de petits travaux jusqu'à 34 semaines. Elles cessent alors de travailler.

Quand les membranes sont rompues ou que le travail débute, les femmes sont transférées en ambulance à l'hôpital.

Des programmes d'éducation sanitaire et de soins prénataux de qualité différente sont développés dans les trois établissements.

Elle conclue en soulignant qu'il est difficile de minimiser les perturbations que provoque la prison sur la grossesse, mais le fait que ces femmes ont moins de problèmes de santé prouve que les soins en prison se sont améliorés. Les autorités ont noté les recommandations de Elton pour un relâchement de la politique de séparation (8).

9) **Breuner, 1995, Seattle, Washington**

Cet article traite du problème des adolescentes en prison.

L'enquête nationale par questionnaire concerne 430 institutions pénitentiaires recevant des détenues mineures. Seules 261 ont répondu et sont incluses dans l'article.

En 1990, 2 millions de mineurs étaient arrêtés, dont 240 000, soit 12% étaient des jeunes filles.

Le nombre d'adolescentes incarcérées augmente de façon dramatique aux Etats-Unis ; 24 000 adolescentes enceintes sont arrêtées chaque année soit 670 par jour. Plus de la moitié des institutions relâchaient les adolescentes si la grossesse était confirmée.

Un tiers des établissements disposaient d'une maison familiale pour accueillir ces adolescentes après la libération.

Parmi les institutions qui détiennent des jeunes filles enceintes :

- 27% n'ont pas de service social,
- 31% n'ont pas de soins de base ou prénataux,
- 38% n'ont pas de service obstétrical,
- 62% n'ont pas de nutritionniste,
- 70% ne donnent pas de cours d'éducation parentale,
- 87% ne procurent pas de cours d'accouchement.

Les conclusions sont assez pessimistes, de plus l'auteur estime que les jeunes femmes à haut risque qui utilisent de façon fragmentée les services de santé peuvent ne pas être mieux soignées pendant leur incarcération.

De nombreuses institutions ne répondent pas aux besoins.

Une intervention multidisciplinaire avec des soins prénataux de qualité devrait donner de bons résultats.

Si les soins de base ne sont pas fournis, nous mettons encore plus cette population en danger (6).

10) Osborne, 1995, Seattle, Washington

Aux Etats-Unis, le nombre de femmes emprisonnées a plus que doublé en dix ans, passant de 15 330 en 1983 à 39 834 en 1992; alors que pendant cette période, l'incidence des effractions les plus graves diminuait.

Lays en 1990 estimait que les trois quarts des femmes incarcérées étaient des mères avec une moyenne de deux enfants à charge, et que 10% étaient enceintes. La petite population que représente les femmes incarcérées était considérée comme passive et résignée, ne constituant pas une véritable menace pour l'ordre des prisons. Pendant trop longtemps ces femmes ont reçu des soins inadéquats, mais comme leur nombre augmente, elles deviennent de plus en plus vigilantes à propos de leurs droits.

En 1984, une étude dans le Kentucky montre que la séparation des mères avec leurs enfants est l'aspect le plus traumatisant de leur incarcération. L'incarcération prive les enfants de leurs droits naturels à être avec leur mère. Cette punition des enfants pour des délits de leur mère semble être une violation de la convention des Nations Unies des droits des enfants.

Weintraub, 1982 : « Contrairement à l'opinion populaire, les études n'ont pas montré de corrélation entre la criminalité et les capacités parentales. »

Aux Etats-Unis, il est coutume de séparer les mères incarcérées de leur enfant 24 à 48 heures après l'accouchement.

En 1901, l'état de New York lance un programme mère-enfant ; il faut attendre 90 ans pour qu'une loi naisse de ce programme, autorisant la mère à garder son bébé si elle a été incarcérée enceinte. Depuis 1992, seul cet état maintient ce programme. Mais d'autres initiatives ont vu le jour, qui ont pour but de développer les liens maternels.

« La société américaine est en échec à propos des programmes mère-enfant, elle minimise les problèmes, et continue de faire des prisons un lieu de répression au lieu d'en faire un endroit de réforme et de réhabilitation. »

L'auteur décrit l'initiative de l'Etat de Washington qui a mis en place un programme de résidence mère-enfant en 1992.

Cet article débouche sur une série de questions à propos du sens de l'emprisonnement :

- L'emprisonnement est-il fait pour punir, réhabiliter, ou les deux ?
- Les efforts faits pour la réinsertion de hors-la-loi ne privent-ils pas de bons citoyens d'opportunités équivalentes ?
- Les enfants ont-ils droit au contact maternel ou bien un enfant auprès de sa mère en prison ne fait-il pas l'objet d'une incarcération illégale ? (20)

11) **Martin**, 1997, Caroline du Nord

L'objectif de cet article est de définir si l'incarcération pendant la grossesse a une influence sur le poids de naissance de l'enfant.

Pour cela, trois échantillons de femmes sont comparés :

- 168 femmes incarcérées pendant leur grossesse,
- 630 femmes incarcérées un temps en dehors de leur grossesse,
- 3910 femmes jamais incarcérées.

Parmi les indicateurs retenus on note :

- Race,
- Age,
- Niveau d'instruction,
- Statut marital,
- Consommation de drogue pendant la grossesse,
- Consommation de tabac pendant la grossesse,
- Consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Utilisation de programmes de soins prénataux,
- Nutrition.

Le poids des nouveaux nés des femmes incarcérées pendant la grossesse n'est pas significativement différent du poids des nouveaux nés de femmes jamais incarcérées.

En revanche, le poids des nouveaux nés de femmes ayant été incarcérées en dehors de la grossesse est significativement plus faible que le poids des nouveaux nés des deux autres groupes.

Au niveau socio-démographique, c'est le groupe des femmes jamais incarcérées qui est significativement différent, constitué de :

- 70% de femmes blanches,
- 78% ont un niveau scolaire secondaire,
- 72% sont mariées,
- 80% ne fument pas,
- 97% ne consomment pas d'alcool.

De plus, l'auteur remarque que les femmes qui ont passé le plus de semaines de grossesse en prison ont des enfants de poids de naissance plus important que celles qui ont passé peu de semaines de grossesse en prison.

En conclusion, l'auteur souligne que certains aspects de l'incarcération semblent bénéfiques pour les femmes enceintes à haut risque, bien que la prison ne soit pas la panacée (19).

12) Wismont, 2000, Michigan

Le but de l'article est de décrire l'expérience de la maternité en prison à partir de l'interview de 12 femmes incarcérées à la prison d'Etat du Middle West.

Aux Etats-Unis, presque sans exception, les femmes sont séparées de leur nouveau né à la fin de l'hospitalisation en obstétrique.

En 1999, 5% des femmes en préventive étaient enceintes

Quatre thèmes essentiels émergent des interview des détenues :

- Inquiétude : elles expriment un pressentiment vis-à-vis de l'enfant à venir et de la future séparation. Elles s'inquiètent de savoir qui va s'occuper de l'enfant (famille, amis...),
- Chagrin : elles sont triste à l'idée de la future séparation,
- Résignation : Elles ressentent l'isolement familial et émotionnel et manquent d'autonomie,

- La relation à l'enfant : les trois quarts des femmes expriment une conscience et de l'affection pour leur fœtus. Plusieurs femmes enceintes parlent d'un lien spécial qui les unit à leur fœtus parce qu'il partage leur expérience carcérale. Elles considèrent toutes la prison comme une expérience négative.

Il faut trouver des solutions pour aider ces femmes à vivre ces deux expériences opposées que sont la maternité et la détention.

Les autorités doivent développer un programme unique de soins pour les femmes enceintes.

Bien qu'elles ne représentent que 5% des détenues, leur situation unique nécessite que l'on examine et revoie les pratiques policières qui affectent ces femmes enceintes et qu'on les aide à maintenir leurs rôle et identité de mères (26).

C) Code de procédure pénale

On se souviendra de l'**article D400** de l'ancien code de procédure pénale :

« Les détenues sont transférées, au terme de la grossesse, à l'hôpital ou à la maternité à moins que le médecin estime que l'accouchement peut avoir lieu à l'infirmerie de la prison... »

On s'appuie maintenant sur le **décret 98-1099 du 8 décembre 1998** :

D400 : « Toutes dispositions doivent être prises par les médecins des structures visées aux articles D.368 et D.371 pour que les détenues enceintes bénéficient d'un suivi médical adapté et que leur accouchement soit réalisé dans le service hospitalier approprié à leur état de santé.

Si la naissance a lieu dans un établissement pénitentiaire, l'acte d'état civil mentionne seulement le nom de la rue et le numéro de l'immeuble.

D400-1 : Les détenues enceintes et celles qui ont gardé leur enfant auprès d'elles, bénéficient de conditions de détention appropriées.

D401 : Les enfants peuvent être laissés auprès de leur mère en détention jusqu'à l'âge de dix huit mois. Des locaux spécialement aménagés sont réservés à l'usage des mères ayant gardé leur enfant auprès d'elles. S'il s'agit de prévenues, elles ne peuvent être transférées dans un établissement doté de tels locaux qu'après accord du magistrat saisi du dossier de l'information. Il appartient au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation compétent auprès de l'établissement pénitentiaire, en liaison avec les services compétents en matière d'enfance et de famille et avec les titulaires de l'autorité parentale, d'organiser le séjour de l'enfant auprès de sa mère détenue, et les sorties de celui-ci à l'extérieur de l'établissement, et de préparer, le cas échéant, la séparation de l'enfant d'avec sa mère au mieux de son intérêt. Durant

les six mois suivant son départ, l'enfant peut être admis à séjourner pour de courtes périodes auprès de sa mère.

D401-1 : A la demande de la mère, la limite d'âge de dix huit mois peut être reculée sur décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Avant d'émettre son avis, la commission entend le défenseur de la mère, et, si possible, le père de l'enfant, après avis d'une commission consultative.

D) Instruments internationaux relatifs aux femmes détenues

Déclaration universelle des droits de l'homme (Nations Unies, 1955 et 1977) :

Article 23.1 : « dans les établissements pour femmes, il doit y avoir les installations spéciales nécessaires pour le traitement des femmes enceintes, relevant de couches et convalescentes. Dans toute la mesure possible, des dispositions doivent être prises pour que l'accouchement ait lieu dans un hôpital civil. Si l'enfant est né en prison, il importe que l'acte de naissance n'en fasse pas mention. »

Article 23.2 : « Lorsqu'il est permis aux mères détenues de conserver leur nourrisson, des dispositions doivent être prises pour organiser une crèche, dotée d'un personnel qualifié, où les nourrissons seront placés durant les moments où ils ne sont pas laissés aux soins de leur mère. »

Garanties pour la protection des droits des personnes passibles de la peine de mort (Nations Unies, 1984) :

Article 3 : « Les personnes âgées de moins de 18 ans au moment où elles commettent un crime ne sont pas condamnées à mort, et la sentence de mort ne peut pas être exécutée dans le cas d'une femme enceinte, de la mère d'un jeune enfant ou de personnes frappées d'aliénation mentale. »

Convention internationale des droits de l'enfant (Nations Unies, 1989) :

Article 24.1 : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux [...]. »

Article 24.2 : « Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour : assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés. »

E) Synthèse de la revue de littérature

De cette revue de la littérature émanent deux tendances :

- Pour une partie des auteurs, l'incarcération est néfaste au bien être de la femme enceinte et de son enfant. C'est un événement stressant, constituant en lui-même un facteur de risque de la grossesse et de l'accouchement. A ce stress s'ajoutent aussi des restrictions, l'éloignement familial et l'appréhension de la séparation d'avec l'enfant.

- Pour d'autres, elle permet au contraire à des femmes qui cumulent les facteurs de risque de mener une grossesse dans de meilleures conditions. Leurs arguments sont que la prison améliore leur santé en leur proposant un abris, des repas réguliers, un arrêt de l'alcool et des drogues, des travaux peu pénibles et une mise à l'écart d'un éventuel mari violent.

CHAPITRE V : DISCUSSION

CHAPITRE V : DISCUSSION

La proportion de femmes dans la population carcérale était de 20% en 1852, pour décroître durant tout le XX^e siècle et se stabiliser à 4 ou 5% actuellement.

En 1995, en France, 14% des personnes mises en cause par la police étaient des femmes, il n'en restait que 10% parmi les condamnées et 4% parmi les personnes incarcérées.

On observe une différence sociale de tolérance envers les pratiques déviantes des hommes et celles des femmes. Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, les sanctions ont été aggravées pour des pratiques typiquement masculines comme les agressions sexuelles. A l'inverse, des pratiques majoritairement féminines comme l'émission de chèques sans provision et l'avortement ont été dépenalisées. On retrouve donc principalement deux types de public féminin en détention : celles incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants et celles pour crimes de sang (quasi exclusivement dans le cadre de violences intra familiales) (9).

La faible représentation des femmes dans les prisons est préjudiciable aux détenues : seules 3 maisons d'arrêt et 3 établissements pour peines leur sont réservés. Dans les autres établissements, quelques cellules ou un quartier leur sont attribués.

La façon dont la maternité est prise en charge en prison est extrêmement variable d'un pays à l'autre.

Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, la sanction prend le pas sur la prévention.

Au Royaume-Uni, les femmes ne bénéficient pas de traitement spécifique et 63% d'entre elles n'ont pas accès aux soins prénataux.

Seuls 3 établissements Anglais autorisent les mères à garder leurs enfants, et la séparation de la mère et du bébé peut être utilisée comme sanction.

Aux Etats-Unis, alors que la population féminine ne cesse de croître, les initiatives se développent dans plusieurs Etats. Des programmes de soins prénataux se mettent en place et certaines unités permettent aux mères de vivre avec leurs bébés. Mais la pratique habituelle reste de retirer l'enfant 48 à 72 heures après la naissance, en dépit de nombreuses études prouvant les dégâts psychologiques que provoque cette séparation précoce, empêchant toute création de liens mère-enfant.

Dans d'autres pays (Russie, Espagne, Italie, Allemagne, Grèce, Pologne, Pays-Bas), les enfants peuvent rester avec leur mère jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans.

Parmi ces pays, on peut distinguer 2 groupes :

- Le premier regrouperait des pays (Italie, Pays-Bas, Allemagne, Pologne, Finlande, Espagne) qui ont mis en place des unités mères-enfants dans plusieurs établissements, avec des crèches et un personnel spécialisé pour s'occuper de ces enfants et leur permettre de se développer le plus normalement possible à l'intérieur de la prison jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans.

- Le deuxième groupe serait constitué de pays qui ne disposent, dans leurs établissements pénitentiaires, d'aucune prise en charge particulière de ces mères avec leurs bébés. Ceci en particuliers à cause de gros problèmes financiers (Russie, Turquie). Ces enfants perçoivent-ils vraiment un bénéfice à vivre avec leur mère dans de telles conditions jusqu'à l'âge de 3 ans ? L'autorisation d'élever son enfant en prison n'est-elle pas ici utilisée pour suppléer aux carences en matière de prise en charge sociale de la vie civile ?

D'autres pays comme la France, la Belgique, le Danemark, ont choisi d'autoriser la présence de l'enfant auprès de sa mère jusqu'à 18 mois ; période jugée suffisamment longue pour permettre d'amorcer l'attachement maternel, les premiers mois étant décisifs pour la création des liens mère-enfant.

Dans tous les articles internationaux, nous avons pu noter que les femmes détenues appartenaient à une classe sociale défavorisée, et de par ce fait, cumulaient un grand nombre de facteurs de risques. Nous avons noté un taux très important de toxicomanes.

Alors que les hauts niveaux d'anxiété et de dépression chez les détenues, générés par l'incarcération, semblent néfastes au bon déroulement de la grossesse, la plupart des autres indices relevés ne sont pas significativement moins bons chez les détenues que chez les femmes du groupe contrôle.

En effet, **Fogel** trouvait une incidence peu élevée de prématurité chez les nouveaux nés de femmes détenues ; **Philipp** confirmait cette tendance avec un taux très bas de mortalité périnatale.

Cordero, lui, avait cherché à différencier les détenues dont la peine était inférieure à 90 jours de celles dont la peine dépassait 120 jours : il trouvait que la mortalité et la morbidité étaient plus faibles dans le groupe des longues peines.

Martin ne trouvait pas de différence de poids de naissance entre les nouveaux nés de 3 groupes de femmes (des femmes jamais incarcérées, des femmes incarcérées en dehors de cette grossesse, des femmes incarcérées pendant la grossesse).

Plusieurs auteurs concluent donc en soulignant les aspects bénéfiques de l'incarcération sur le bon déroulement des grossesses. Ils expliquent ce résultat surprenant par le fait que ces femmes détenues venant d'un bas niveau social trouvent en prison des conditions de vie qui tendent à améliorer leur santé : horaires fixes de repas et de sommeil, mise à l'écart d'un éventuel partenaire violent, de la prostitution, et possibilité de faire un bilan de santé.

Mais la prison n'est pas le meilleur endroit pour vivre une grossesse pour ces femmes incarcérées, qui, lors de leur interview, ont décrit cette expérience comme très négative.

Dans certains pays, l'enfant sert de moyen de pression sur les femmes(possibilité de séparation comme sanction).

De plus les adolescentes enceintes ne semblent pas concernées par ces bénéfices de l'incarcération, car elles feraient un usage peu suivi des soins aussi bien en prison que dans la vie civile.

Il est à noter que la meilleure prise en charge au sein de la prison peut être anéantie à la sortie, où la mortalité infantile devient plus importante.

Je citerai par ailleurs l'initiative Canadienne, qui a mis en place en 1996 une réforme innovante de ses établissements régionaux pour femmes axée non plus sur la répression, mais sur la réhabilitation :

Chaque établissement est entouré d'une clôture avec système de détection. Le bâtiment principal regroupe les bureaux du personnel, des salles pour les différents programmes, une infirmerie, une aire de visite, et une unité à sécurité renforcée. Les unités d'habitation peuvent recevoir 6 à 10 femmes et comportent une salle de séjour, une cuisine, une salle à manger, des salles de bains, une buanderie. Les portes et les fenêtres de chaque maison sont reliées à un système d'alarme. Les femmes doivent répondre à leurs propres besoins quotidiens(cuisine, ménage, lessive).

Ce système permet aux femmes de maîtriser de nouveau leur vie quotidienne. Les enfants peuvent vivre avec leur mère incarcérée pourvu que cela soit dans le meilleur intérêt de l'enfant. Les nourrissons et plus généralement les enfant d'âge préscolaire sont accueillis à temps complet, puis dès le début de la scolarisation, les enfants sont accueillis à temps partiel(week-end et jours de congés). Pendant la journée, ils peuvent soit demeurer avec leur mère, soit fréquenter la garderie.

De nombreux programmes sont mis en place : alphabétisation et apprentissage continu, acquisition de compétences psychosociales, désintoxication, et le programme mère-enfant visant à favoriser de bonnes relations entre les mères et leurs enfants.

En France, le but du décret de 1994 semble atteint.

Les femmes peuvent bénéficier d'un suivi de la grossesse régulier et de bonne qualité par le médecin de l'U.C.S.A. et par le gynécologue du centre hospitalier signataire du protocole de soins.

Toutefois, il existe des problèmes fréquents pour obtenir un transport et une garde de police lors des rendez-vous de consultations ambulatoires qui doivent de ce fait être souvent annulés ou reportés.

De petites structures comme la maison d'arrêt de Limoges ne sont pas prévues pour accueillir une mère et son enfant. De 1996 à 1999, quatre femmes enceintes sont accueillies dans cet établissement et accouchent au centre hospitalier universitaire lors de leur détention ; une femme arrive avec son bébé qui est né un mois auparavant. Ces cinq femmes étaient de part leur faible nombre des cas particuliers, et les problèmes rencontrés furent traités comme tels, « avec les moyens du bord ».

Bien que le recrutement de la maison d'arrêt de Limoges semble assez différent de celui des établissements pour femmes des Etats-Unis et des établissements de la région Parisienne, notamment par le nombre peu important de toxicomanes, nous pouvons tout de même noter quelques similitudes.

Nous retrouvons parmi ces cinq observations les mêmes caractéristiques socio-démographiques que celles relevées dans les articles internationaux :

- Trois sont célibataires,
- Quatre sont déjà mères d'un ou plusieurs enfants,
- Elles avaient au moment des faits de 22 à 37 ans,
- Deux sont de nationalité étrangère : Roumaine,
- Elles sont toutes de bas niveau socio-économique,
- Une seule a un niveau d'études secondaires.

Sur le plan des facteurs de risques, on note la forte proportion de fumeuses : quatre ont fumé pendant la grossesse, et un dossier n'est pas documenté sur ce sujet.

En revanche, les autres facteurs de risques relevés dans la revue de littérature ne sont ici pas retrouvés :

- Aucune M.S.T.,
- Pas de sérologie H.I.V. positive,
- Pas de toxicomane par voie intraveineuse.

Une seule femme a un problème d'alcoolisme, une seule a pris des produits illicites per os (L.S.D., haschich).

Sur le plan des complications, on note que, comme la majorité des femmes détenues décrites dans la revue de littérature :

- Quatre sur cinq ne connaissent pas la date de leurs dernières règles,
- Deux des grossesses n'étaient pas suivies avant leur détention,
- Deux grossesses se sont compliquées de menaces d'accouchement prématuré,
- Cinq enfants sont vivants, un enfant avec une anomalie congénitale est décédé à 1 semaine de vie,
- Deux enfants sont de poids inférieur ou égal à 2600 gr.

Notre expérience est difficilement comparable aux résultats obtenus par les différents auteurs cités dans la revue de la littérature.

Tout d'abord par le petit nombre de cas que nous avons pu relever et enfin parce qu'une seule grossesse a été suivie entièrement.

Le fait que ces grossesses se soient déroulées dans une petite structure a amené un peu de chaleur. La plupart étaient détenues non loin de leur famille.

On note des hauts niveaux d'anxiété chez ces 5 femmes, en revanche, sur le plan des complications, comme dans de nombreux articles, rien ne laisse penser que ces grossesses auraient eu une meilleure issue à l'extérieur.

CONCLUSION

CONCLUSION

La prise en charge de la maternité en milieu carcéral est un problème pris récemment en compte.

Nous avons observé l'attitude des différents pays, qui va de l'absence totale de soins spécifiques aux femmes enceintes, à la création d'unités pour les mères et leurs enfants avec des garderies et un personnel qualifié pour leur prise en charge.

A l'intérieur de chaque pays, il existe aussi des disparités énormes d'un établissement à l'autre.

En France, nous avons rapporté l'expérience de la maison d'arrêt de Limoges, petite structure dont le quartier des femmes ne possède pas de locaux adaptés aux besoins des mères et de leurs bébés. Cependant, la prise en charge des grossesses a été satisfaisante.

Chaque femme enceinte a pu bénéficier d'une prise en charge attentive de la part du personnel médical, parce que la situation était à chaque fois un peu exceptionnelle. Ainsi, les difficultés matérielles ont pu être surmontées au cas par cas et par la volonté de chacun.

C'est au juge qu'appartient la décision de maintenir ces femmes, enceintes ou avec enfant, dans un lieu inadapté ou bien de les transférer, parfois loin de leur famille, dans un établissement pour femmes avec une unité mère-enfant.

Enfin, pour conclure, nous notons que l'incarcération peut apporter un bénéfice pour ces grossesses à haut risque de complication, et nous relevons le paradoxe que constituent ces femmes enceintes incarcérées qui reçoivent de meilleurs soins en prison que si elles étaient libres. Cela souligne les besoins énormes du secteur public en travailleurs sociaux, et les difficultés à dépister et à suivre les grossesses d'une population défavorisée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - ALBRECHT E., GUYARD V.
Prisons de femmes en Europe.
Editions Dagorno, 2001, 242 p
- 2 - APERI, LEROUGE J., SAINT-GUILAIN C.
La prison.
Editions Le Cavalier Bleu, 2001, pp 15-18, pp 75-78
- 3 - ATWOOD J. E.
Trop de peines. Femmes en prison.
Editions Albin Michel, 2000, 191 p
- 4 - BECCARIA
Des délits et des peines.
Editions Garnier-Flammarion, 1991
- 5 - BELANGER H., CHARBONNEAU L.
La santé des femmes.
Edition Maloine, 1994, chap. 42, pp 879-886, pp893-894
- 6 - BREUNER C.C., FARROW J. A.
Pregnant teens in prison - Prevalence, management and consequences.
West J. Med, 1995, 162, pp328-330
- 7 - CAMILLERI G., LAZERGES C.
Atlas de la criminalité en France.
Reclus – La documentation française, 1992, pp150-151
- 8 - CATLING-PAULL C.
Mothers in prison.
Modern midwife, 1994, pp26-28
- 9 - COMBESSIE P.
Sociologie de la prison.
Repères-Editions La Découverte, 2001, pp31-32
- 10 - CORDERO L., HINES S., SHIBLEY K.A., LANDON M.B.
Duration of incarceration and perinatal outcome.
Obstet Gynecol, 1991, 78 (4), pp641-645

- 11 - CORDERO L., HINES S., SHIBLEY K.A., LANDON M.B.
J Perinatol, 1992, 12 (3), pp205-209
- 12 - DUBY G., PERROT M.
Histoire des femmes XVI-XVIII^e siècles.
Editions Plon, 1991, p479
- 13 - EGGLEY C.C., MILLER D.E., GRANADOS J.L., FOGEL C.I.
Outcome of pregnancy during imprisonment.
J Reprod Med, 1992, 37 (2), pp131-134
- 14 - FAVARD J.
Les prisons.
Editions flammarion, 1993, pp10-11
- 15 - FOGEL C.I., HARRIS B.G.
Expecting in prison : preparing for birth under conditions of stress.
J.O.G.N.N., 1986, 15, pp454-458
- 16 - FOGEL C.I.
Pregnant inmates : Risk factors and pregnancy outcomes.
J.O.G.N.N., 1993, 22 (1), pp33-39
- 17 - FOUCAULT M.
Surveiller et punir - Naissance de la prison.
Editions Gallimard, 1975, 315p
- 18 - GAIDO-LE MOULLEC N.
Matricule ZQ06 « mère et fils » ou la maternité en milieu carcéral.
Soins Gyn.-Obs.-Puér.-Ped., 1984, n°39/40, pp57-65
- 19 - MARTIN S.L., KIM H., KUPPER L.L., MEYER R.E., HAYS M.
Is incarceration during pregnancy associated with infant birthweight ?
Am J Public Health, 1997, 87, pp1526-1531
- 20 - OSBORNE O. H.
Jailed mothers : Further explorations in public sector nursing.
Journal Of Psychosocial Nursing, 1995, 33 (8), pp23-28
- 21 - PHILIPP E.
Pregnancy in women prisoners.
Br J Hosp Med., 1988, 40, p150
- 22 - SHELTON B.J., GILL D.G.
Childbearing in prison : a behavioral analysis.
J.O.G.N.N., 1989, pp301-308

- 23 - SMITH P.F., MIKL J., TRUMAN B.I., et al
H.I.V. infection among women entering the New York state
correctional system.
Am J Public Health, 1991, 81, pp35-40
- 24 - WACQUANT L.
L'emprisonnement des « classes dangereuses » aux Etats Unis.
Le Monde Diplomatique, Juillet 1998
- 25 - WILSON J.
Childbearing within the prison system.
Nursing Standard, 1993, 7 (18), pp25-28
- 26 - WISMONT J.M.
The lived pregnancy experience of women in prison.
J Midwifery Women Health, 2000, 45 (4), pp292-300

SITES INTERNET

- 27 - BUREAU OF JUSTICE STATISTICS
Criminal offenders statistics.
www.ojp.usdoj.gov
- 28 - ECOLE NATIONALE DE LA MAGISTRATURE-FARCY
J.C.
La peine. Approches historiques du Moyen Age à nos jours.
<http://www.enm.justice.fr>
- 29 - LA JUSTICE ET LES PRISONS FRANCAISES EN
CHIFFRES.
<http://prisons.free.fr>
- 30 - LA PRISON DES FEMMES DANS LA VILLE DE RENNES.
TPE en première au lycée Ile de France – Rennes – Production d'élèves.
<http://pharouest.ac-rennes.fr>
- 31 - SERVICE CORRECTIONNEL CANADA
La transformation des services correctionnels fédéraux pour les femmes.
<http://www.csc.scc.gc.ca>

TABLE DES MATIERES

Introduction	p 13
Chapitre I : Historique	p 15
1) Historique de l'emprisonnement comme peine	p 16
2) Historique de l'emprisonnement des femmes	p 18
Chapitre II : Généralités sur l'incarcération des femmes	p 19
1) Les établissements pénitentiaires	p 20
2) La population carcérale féminine française	p 20
3) La santé des femmes détenues	p 22
4) La femme détenue et la maternité	p 24
a) En France	p 24
b) Au Royaume Uni	p 25
c) En Espagne	p 26
d) En Russie	p 27
e) Aux Etats Unis	p 28
f) En Finlande	p 29
Chapitre III : Nos observations à la maison d'arrêt de Limoges	p 30
1) Le quartier des femmes	p 31
2) Nos observations	p 31
a) Madame M.M.	p 31
b) Madame G.N.	p 33
c) Madame B.J.	p 36
d) Madame L.V.	p 37
e) Madame S.L.	p 39

Chapitre IV : Revue de la littérature	p 42
A) Publication Française : Gaido-Le moulec, 1984	p 43
B) Publications internationales	p 43
1) Fogel, 1986, 1993, U.S.A., Caroline du Nord	p 43
2) Philipp.E, 1985	p 46
3) Shelton, 1989, Missouri	p 47
4) Smith, 1991, New York	p 48
5) Cordero, 1991, Ohio	p 49
6) Egley, 1992, Caroline du Nord	p 50
7) Wilson, 1993, Huntington	p 51
8) Catling-Paull, 1994, Grande Bretagne	p 52
9) Breuner, 1995, Seattle, Washington	p 52
10) Osborne, 1995, Seattle, Washington	p 53
11) Martin, 1997, Caroline du Nord	p 54
12) Wismont, 2000, Michigan	p 55
C) Code de procédure pénale	p 56
D) Instruments internationaux relatifs aux femmes détenues	p 57
E) Synthèse de la revue de littérature	p 58
Chapitre V : Discussion	p 59
Conclusion	p 65
Références bibliographiques	p 67

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes, et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 149

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

LASSAGNE (Isabelle Virginie). — La maternité en milieu Carcéral. A propos de l'expérience de la maison d'arrêt de Limoges. — 72 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 2002).

RESUME :

La prise en charge de la maternité en milieu carcéral est un problème pris récemment en compte.

Le faible nombre de femmes incarcérées, et encore plus de femmes enceintes, aboutit à une prise en compte moindre. En effet, en France et dans le monde, peu d'établissements pénitentiaires leur sont exclusivement réservés, et peu sont équipés pour recevoir des femmes enceintes ou des femmes avec enfant.

Nous avons rapporté l'expérience de la maison d'arrêt de Limoges qui, entre 1996 et 1999, a accueilli cinq femmes enceintes. C'est une petite structure dont le quartier femme ne possède pas de locaux adaptés aux besoins des mères et de leurs bébés. Cependant, la prise en charge a été satisfaisante, sans dommages pour les mères ou les enfants.

La revue de la littérature internationale fait apparaître une prise de conscience nouvelle à propos du manque important de programmes prénataux et d'éducation parentale dans les prisons de femmes.

Enfin, les études récentes montrent un certain bénéfice à l'incarcération, malgré un stress et une anxiété importante, pour ces femmes enceintes venant pour la majorité d'un milieu défavorisé.

MOTS CLES :

- Maternité.
- Prison.
- Soins prénataux.

JURY :

- | | | |
|-----------------|---|---|
| Président | : | Monsieur le Professeur PIVA. |
| Juges | : | Monsieur le Professeur AUBARD.
Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR.
Monsieur le Professeur VERGNENEGRE. |
| Membres Invités | : | Madame le Docteur MARTIN DUPONT.
Monsieur le Docteur RAFFI. |