



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : avril 2000

**LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE,
PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DES FEMMES
ENCEINTES, DES JEUNES MÈRES ET DE LEURS
BÉBÉS A LA MAISON D'ARRÊT DE FLEURY-
MEROGIS EN 1999**

FAIBIS Isabelle

Je tiens à adresser mes remerciements :

A l'ensemble des personnes consultées.

A Arlette DANZON pour ses conseils et ses encouragements.

Aux membres de l'Inspection Régionale de la Santé de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France, et tout particulièrement à Danielle FUCHS pour ses critiques et son sens de l'humour ainsi qu'à Georges SALINES, Jean-Michel AZANOWSKY et Annie SERFATY pour l'intérêt qu'ils m'ont fait partager pour le métier de médecin inspecteur de santé publique.

« On soigne l'enfant dans chacun de nos patients adultes et l'adulte en devenir dans chaque enfant... »

Charles BENQUE (“Soigner et/ou punir” p 214)

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1 UNE PRISE EN CHARGE EN EVOLUTION</u>	6
<u>1.1 RAPPEL HISTORIQUE</u>	6
<u>1.2 LE CONTROLE SANITAIRE DES PRISONS⁷</u>	8
<u>1.3 LEGISLATION RELATIVE A LA POPULATION ETUDIEE</u>	10
<u>1.4 Le contexte de l'ETUDE</u>	13
1.4.1 Un monde carcéral en mutation	13
1.4.2 La nursery de Fleury-Mérogis	14
1.4.3 .Peu d'études sur l'état de santé des femmes et des bébés	15
<u>2 ETAT DES LIEUX</u>	18
<u>2.1 METHODOLOGIE</u>	18
2.1.1 Visites et Observation des lieux	18
2.1.2 Enquête sur entretiens	19
2.1.3 Les enquêtes socio-démographiques et épidémiologiques	20
<u>2.2 LES RESULTATS</u>	21
2.2.1 Observations et visites des lieux de vie et de soins des mères et des enfants	21
2.2.2 Entretiens avec les intervenants et des détenues	23
2.2.2.1 Aspects sociaux et démographiques des femmes incarcérées à la nursery	23
2.2.2.2 Les conditions de vie en milieu carcéral des détenues et de leur bébé	25
2.2.2.3 La prise en charge sanitaire	31
2.2.2.4 Articulation entre les différents services et institutions	41
<u>2.3 ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE</u>	47
2.3.1 Offre de soins	47
2.3.1.1 Offre de soins pour les femmes enceintes et les jeunes mères	47
2.3.1.2 Offre de soins pour les bébés	49
2.3.1.3 Articulation entre les divers intervenants de santé	50
2.3.2 Articulation entre le domaine sanitaire et judiciaire	50
2.3.3 Les conditions de détention	51
2.3.3.1 La nursery	51
2.3.3.2 Les conditions de vie en milieu carcéral	52
<u>2.4 PROPOSITIONS</u>	55
2.4.1 Pour une prise en charge sanitaire de qualité	55
2.4.2 L'amélioration des conditions de vie en milieu carcéral	58
2.4.3 Vers un partenariat entre les services médicaux et les services pénitentiaires et judiciaires	58
<u>CONCLUSION</u>	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	65

INTRODUCTION

Les conditions de détention des personnes incarcérées sont un sujet d'actualité fortement médiatisé. Depuis la parution en janvier 2000 d'un ouvrage traitant de ce problème¹, nombreux sont les articles de la presse écrite et les émissions de télévision ou de radio réalisés sur ce thème. Cette prise de conscience générale a le mérite de faire réfléchir les citoyens que nous sommes sur les conditions de détention en France.

Selon des données de la littérature², la prison est le lieu où se retrouvent les personnes les plus en difficulté, celles qui cumulent les traits de précarité comme l'absence d'emploi, les liens familiaux tenus, le faible niveau d'instruction une situation irrégulière vis à vis de la législation des étrangers etc... De la précarité à l'exclusion le pas n'est pas difficile à franchir, d'autant plus que détenus, qu'ils soient condamnés ou prévenus ont déjà été exclus par la société du fait de leur incarcération consécutive à une infraction à la loi patente ou suspectée.

La souffrance sociale est généralement génératrice de souffrance sanitaire qu'elle soit psychologique ou somatique³. Déjà, en 1993, le Haut Comité de la Santé Publique⁴ écrivait : « L'action sanitaire en milieu carcéral doit s'efforcer d'être l'amorce d'un processus global de réparation de la personne et de revalorisation de l'image de soi ».

Le même ouvrage rappelait, également, que « selon la loi, être détenu, c'est être privé de liberté d'aller et venir par une décision de justice et rien d'autre (...) », le droit à la santé ainsi que le droit à la formation, à la culture ou au travail devant s'exercer pleinement en milieu pénitentiaire.

La réforme des soins et de la protection sociale en milieu carcéral de 1994, a posé les premiers jalons d'une telle démarche au moyen d'un partenariat entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé. Cette réforme des soins en milieu pénitentiaire correspond à une conception nouvelle des soins et de la promotion de la santé en milieu carcéral. L'objectif poursuivi est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population. Le nouveau dispositif de soins repose sur une conception globale des soins. Il recouvre tant les aspects somatiques que psychiques et inclut la dimension préventive et curative, ainsi que la préparation des relais sanitaires après la période d'incarcération.

Ce partenariat est en train de se diversifier vers d'autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et du secteur associatif.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé « La santé n'est pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité, c'est un état de bien-être complet physique, mental et social ». Cette définition montre à quel point, il est difficile d'utiliser les mêmes références que pour la population générale lorsque l'on

s'intéresse à l'état de santé des détenus. Elle souligne également le chemin qui reste à parcourir pour que les détenus de demain bénéficient d'une bonne santé.

De nos jours dans les maisons d'arrêt de France, une soixantaine de nourrissons vivent auprès de leurs mères en détention. La loi les autorise à rester auprès de leurs mères jusqu'à dix-huit mois.

Au cours de ce travail, notre propos sera de traiter de la prise en charge somatique, psychologique et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs bébés en détention en Ile de France. Plus précisément nous étudierons la prise en charge des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis dans l'Essonne.

L'état de santé d'une population est le résultat de facteurs biologiques, sociaux, économiques, familiaux et de la prise en charge par le système de soins. C'est pourquoi, nous ne pouvons pas limiter ce mémoire à l'étude de l'organisation et des moyens mis en œuvre pour la prise en charge sanitaire en milieu carcéral.

Nous situons notre action en tant que médecin inspecteur de santé publique (MISP), à l'égard de la population étudiée, au confluent de trois missions faisant référence à des textes de loi tels que :

- Le rôle d'inspection tel que le définit l'article 23 du décret n°86/565 du 14 mars 1986. Le rôle des MISP sera de contrôler l'organisation des soins, de proposer les mesures d'éducation sanitaire et de prévention susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population carcérale. Les MISP détermineront les priorités des actions à entreprendre avec les services départementaux chargés de la prévention. Les conditions de suivi des grossesses ainsi que les examens médicaux des enfants jusqu'à dix-huit mois font partie de ces actions.
- La promotion et la protection de la santé, de la famille et de l'enfance. L'article L.146 de la loi du 18 décembre 1989 implique la participation de l'Etat, des collectivités territoriales et des caisses de Sécurité Sociale aux mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants. Ils contribuent également à la surveillance et au contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans.
- La lutte contre les exclusions telle qu'elle est exposée dans la loi du 29 juillet 1998 et plus particulièrement son volet «accès aux soins». L'article 73, stipule que les missions des établissements de santé sont étendues à la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux et d'une approche globale de la prise en charge. Le Service Public Hospitalier doit veiller à la continuité des soins. Il doit s'assurer qu'à l'issue de leurs admissions ou de leurs hébergements tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaire à la poursuite de leurs traitements.

A ce titre, nous étudierons au cours de ce travail autant l'aspect organisationnel de la prise en charge sanitaire que les conditions de vie en milieu carcéral.

Au cours d'un travail préliminaire qui s'est déroulé de juin à novembre, Nous avons rencontré des professionnels responsables de la santé des populations carcérales. Les personnes rencontrées travaillaient à la Direction Générale de la Santé, à celle des Hôpitaux ainsi qu'à la Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire. Puis, afin de comprendre mieux la problématique locale, nous avons rencontré le Médecin-Chef de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (l'UCSA) et des professionnels de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du département de l'Essonne. Parallèlement, nous avons consulté la bibliographie relative au sujet étudié.

Au terme de cette première étape exploratoire, nous avons pu constater que :

La nursery de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (F.M) accueille si elles le désirent, les femmes qui sont enceintes et celles qui veulent garder leurs bébés de moins de dix-huit mois auprès d'elles. Les détenues viennent de la région Ile de France mais aussi de la région Centre.

Les données relatives, au nombre et au flux des enfants mais aussi des femmes enceintes et des accouchements à la nursery de FM, sont peu précises. Elles sont variables selon les interlocuteurs. La population étudiée semble en majorité d'origine étrangère et en situation précaire autant du point de vue économique et social que familial et sanitaire. De plus, il semble que beaucoup de détenues soient toxicomanes au moment de leur incarcération.

L'unité mère enfant de la maison d'arrêt des femmes (MAF) de Fleury-Mérogis est le théâtre d'un conflit opposant les divers intervenants entre eux. L'une des principales expressions de ce conflit a été la démission itérative des diverses puéricultrices qui se sont succédées depuis une dizaine d'années.

La réforme en milieu carcéral des soins et de la protection sociale de 1994 a très peu pris en compte la spécificité des femmes (qui ne représentent que 4% de la population pénale). Les dimensions de prévention et d'éducation pour la santé dans un but de réinsertion sociale qui pourtant figurent dans la loi ne sont pas prises en compte dans la pratique.

Un groupe de travail⁵ autour des conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère détenue s'est réuni de 1991 à 1993. Il était composé de représentants du ministère de la Justice et du ministère de la Santé. Toutefois, il a fallu attendre octobre 1999 pour que soit diffusée sur le même sujet une circulaire émanant du ministère de la Justice^a.

Devant de tels constats, la prise en charge de la population de l'unité mère-enfant de Fleury-Mérogis (FM) nécessitait une réflexion globale. Celle-ci devant être considérée sous ses différents aspects sanitaires et sociaux. L'exploration de ces deux domaines nous semblant indispensable dans une

^a Circulaire n° 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.

optique de promotion et de protection de la santé de la famille et de l'enfance et de lutte contre l'exclusion.

Tous ces éléments nous ont conduite à poser les questions suivantes :

Comment s'organise la prise en charge sanitaire et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs bébés à Fleury-Mérogis ?

Est-il possible, si celle-ci s'avère imparfaite, d'en améliorer l'organisation dans une optique de poursuite de la politique de décroisement entre les ministères de la Justice et de la Santé ?

Ce travail a donc pour objectifs :

1. Décrire la prise en charge somatique, psychologique et sociale des détenues et des enfants.
2. Cerner leurs besoins à travers, notamment, la réalisation d'entretiens auprès de femmes en détention et de professionnels.
3. Elaborer des propositions en vue d'une meilleure adéquation entre les besoins spécifiques de la population étudiée et la prise en charge effective.

Pour ce faire, plusieurs étapes vont se succéder :

- Première partie : le cadre législatif dans lequel s'inscrit cet accompagnement.
- Deuxième partie : présentation de l'étude autour de la prise en charge somatique, psychologique et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs bébés à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 1999.
- Troisième partie : propositions et pistes de réflexions pour l'amélioration de cette prise en charge.

UNE PRISE EN CHARGE EN EVOLUTION

1 UNE PRISE EN CHARGE EN EVOLUTION

1.1 RAPPEL HISTORIQUE

L'évolution historique de la prise en charge sanitaire des détenus s'inscrit dans une politique de décroisement menée depuis plus de dix ans par l'Administration Pénitentiaire⁶.

Le développement du partenariat entre le ministère chargé de la Santé et le ministère de la Justice a été marqué par les étapes suivantes :

1984 : le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sont chargés d'une inspection annuelle des prisons et du traitement des plaintes formulées par les détenus, en matière d'hygiène et de santé.

1985 : Une logique partenariale Justice–Santé se fait jour avec la création d'un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral.

La même année, l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national (actuellement établissement public de santé national de Fresnes).

1986 : la lutte contre les maladies mentales en milieu carcéral a été réorganisée par le décret du 14 mars 1986. Ce texte a créé les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) constituent le pivot. Parallèlement à sa mission première le SMPR assure également des missions de:

- prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire. En particulier il doit effectuer un dépistage systématique des troubles psychiques des entrants.
- lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire.

Les SMPR sont créés en milieu pénitentiaire par des établissements hospitaliers dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. En milieu pénitentiaire deux niveaux de soins ont été développés tel que dans tous les établissements pénitentiaires les prises en charge ambulatoires sont réalisées par l'équipe de secteur de psychiatrie générale locale et que des soins plus diversifiés (incluant l'hospitalisation avec le consentement du détenu) sont assurés dans 26 services SMPR, services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire par un établissement hospitalier.

1993 : le Haut Comité de la Santé Publique a publié un rapport⁴ sur la santé en milieu carcéral faisant le constat que le dispositif de soins était inadapté. Les causes avancées étaient l'absence de savoir-faire et de légitimité de l'Administration Pénitentiaire à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus. De plus, ce rapport soulignait l'insuffisance des moyens médicaux et les difficultés d'articulation entre le sanitaire et les contraintes pénitentiaires. Afin d'améliorer et rendre globale la prise en charge sanitaire, il a été proposé de réaffirmer l'importance d'une médecine préventive et de permettre un accès aux soins ainsi qu'une continuité des soins à la sortie. Enfin des propositions ont été émises afin de compléter le dispositif de prise en charge de la santé mentale.

1994 : Devant la gravité des problèmes de santé en prison, il a été décidé de transférer la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Cette volonté s'est concrétisée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé et à la protection sociale des détenus et ses textes d'application. Cette loi a été à l'origine d'un changement d'acteurs, d'une généralisation de la protection sociale (tous les détenus sont affiliés dès l'incarcération à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale) et d'un renforcement notable des moyens.

Ces éléments ont contribué à une conception nouvelle des soins aux personnes détenues concourant au projet d'insertion sociale des détenus par une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population afin de protéger la santé des détenus comme celles de leurs proches.

Les grands axes de la réforme étaient :

- Une prise en charge globale
- Une équipe soignante hospitalière indépendante de l'Administration Pénitentiaire
- La complémentarité des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires
- Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité, chargé d'implanter une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu pénitentiaire.

L'unité de consultations et de soins ambulatoires se doit d'assurer des actions tels que :

- Les soins en milieu pénitentiaire comprennent des consultations de médecine générale (dont le bilan de santé à l'entrée), des soins infirmiers, des soins dentaires, des consultations spécialisées et une permanence des soins en organisant la réponse à l'urgence.
- Les soins en milieu hospitalier en organisant l'accueil et la prise en charge hospitalière qu'il s'agisse d'hospitalisations, de consultations ou d'examens spécialisés.

- La prévention et l'éducation pour la santé^b en élaborant un programme de prévention et d'éducation pour la santé avec l'ensemble des partenaires au niveau local. Le responsable de l'UCSA est chargé d'élaborer en collaboration avec le chef de l'établissement pénitentiaire et le médecin de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ou de la Direction des Affaires Régionales Sanitaires et Sociales (DRASS) un programme annuel ou pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé. La conception et la mise en œuvre de ce programme s'appuie sur le réseau institutionnel et associatif local et départemental. Ces actions peuvent être financées par les DRASS, Les DDASS, les Directions Régionales Pénitentiaires ainsi que les organismes d'assurance maladie et les collectivités territoriales. L'UCSA coordonne les actions de prévention et de dépistage organisées dans l'établissement pénitentiaire. Les différents partenaires impliqués dans la réalisation de ces actions et le financement^c sont l'Etat, les Conseils Généraux, les Comités d'Education pour la Santé, les organismes d'Assurance Maladie, les réseaux et les associations spécialisées. L'objectif est de responsabiliser la personne détenue et de favoriser sa réinsertion ultérieure.
- La continuité des soins en organisant le suivi médical après la sortie en collaboration avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

2000 : Un schéma d'hospitalisation des détenus est en cours d'élaboration. Il devrait permettre d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus et de rationaliser leurs surveillances. Il repose sur des unités hospitalières sécurisées interrégionales (USHI). Pour les détenus relevant de la direction régionale de Paris, l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes constituera l'unité hospitalière interrégionale en complémentarité avec l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP). Seules les hospitalisations urgentes et de courtes durées relèveront des établissements de santé de proximité signataires des protocoles.

1.2 LE CONTROLE SANITAIRE DES PRISONS⁷

En 1945, Le poste de médecin inspecteur des prisons a été créé et dépendait alors du ministère de la Justice.

En 1983, cette fonction disparaît pour être attribuée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

^b En application de l'article R 711-14 du Code la Santé Publique.

Le décret 84-77 du 30 janvier 1984 confie l'exercice du contrôle sanitaire des prisons aux «services extérieurs du ministère chargé de la santé ». Les modalités d'application sont décrites par la circulaire DGS/3A/390 du 30 août 1984. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sont chargés d'une inspection annuelle des prisons et du traitement des plaintes, formulées par les détenus, en matière d'hygiène et de santé.

En 1985, une logique partenariale entre le ministère de la Justice et celui de la Santé se fait jour. Un Comité Interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral est créé. Il est présidé par le Garde des Sceaux ou le Directeur de l'Administration Pénitentiaire. Dans ce comité siègent principalement l'IGAS, la Direction Générale de la Santé, la Direction des Hôpitaux et de la Pharmacie. La même année, paraissait une circulaire cosignée par la Direction de l'Administration Pénitentiaire et par la Direction Générale de la Santé (circulaire AP 85/29 G2 du 7.11.85). Ce document précise que «la lutte contre les maladies mentales, la toxicomanie et l'alcoolisme (...) demeurent de la compétence de l'Etat, la DDASS exerçant sa tutelle à cet égard dans chaque département.

Le décret n° 86/565 du 14 mars 1986 article 23 stipule que la mission générale de contrôle, dévolue aux services extérieurs départementaux du ministère chargé de la Santé, est étendue aux établissements de détention. L'exercice de contrôle sera effectué par mission conjointe des MISP, des pharmaciens inspecteurs de la santé et des ingénieurs sanitaires. Le rôle des MISP sera de contrôler l'organisation des soins et de proposer les mesures d'éducation sanitaire et de prévention susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population carcérale. Les MISP détermineront les priorités des actions à entreprendre avec les services départementaux chargés de la prévention. Les conditions de suivi des grossesses ainsi que les examens médicaux des enfants jusqu'à dix-huit mois font partie de ces actions.

La mise en place et la participation à des actions de promotion de la santé physique et mentale est également une des missions du MISP. Le Directeur de la DDASS veille au contrôle de l'état sanitaire et des conditions d'hygiène et de soins dans les établissements pénitentiaires.

^c Les Conseils Généraux ont comme attributions le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et celui de la tuberculose. L'Etat et l'Assurance Maladie financent les consultations de dépistages anonyme et gratuit.

1.3 LEGISLATION RELATIVE A LA POPULATION ETUDIEE

DECRET N°79-534 DU 3 JUILLET 1979

En application de l'article D 401 du Code de procédure pénale, les établissements pénitentiaires ont été conduits à accueillir en permanence une soixantaine d'enfants âgés de moins de dix-huit mois qui accompagnent leurs mères incarcérées. Les principaux textes qui régissent la présence de ces enfants en milieu carcéral sont l'article D 401 et l'article D 401-1. Ceux-ci donnent possibilités aux mères en détention de garder leurs enfants de moins de dix-huit mois auprès d'elles. Toutefois, à la demande de la mère, cette limite peut être prolongée, sur décision du ministre de la justice, après avis d'une commission consultative. Celle-ci comprend différents membres nommés, par arrêté ministériel, pour deux ans renouvelables. Elle est présidée par un magistrat au ministère de la justice, chef de bureau de l'individualisation des régimes de détention ou un magistrat de ce bureau. Cette commission est constituée par un médecin psychiatre, un médecin pédiatre, un psychologue, un chef d'établissement pénitentiaire spécialement affecté à la détention des femmes et un travailleur social (décret n°85-836 du 6 août 1985).

DECRET N°85-836 DU 6 AOUT 1985

Il appartient au service socio-éducatif de la prison de pourvoir au placement des enfants, au mieux de leur intérêt, avant qu'ils ne soient séparés de leurs mères. L'accord des personnes qui exercent à leurs égards l'autorité parentale est nécessaire.

PARUTION EN 1993 DU RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES ENFANTS LAISSES AUPRES DE LEUR MERE DETENUE .

Ce rapport⁵, paru sous l'égide du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et du ministère de la Justice est le fruit d'un travail de deux ans. Ce groupe avait constaté qu'il n'y avait pas de liste officielle des établissements pouvant recevoir les enfants ni de précisions concernant l'équipement nécessaire à cet effet. De plus, il existait en France des disparités dans les régimes de vie proposés aux mères et aux enfants. Sur le plan budgétaire, les enfants hébergés par l'Administration Pénitentiaire ne sont pas pris en compte. Leurs besoins sont satisfaits par ponctions sur la ligne «entretiens des détenus » sans réelle programmation des achats nécessaires.

En 1993, le groupe de travail a établi des propositions demandant une refonte des articles D 399 et D 401-1 du C.P.P et l'établissement de nouvelles circulaires.

Ces propositions allaient vers :

- Un aménagement vers plus de souplesse des conditions de surveillance pénitentiaire en cas de transport et d'hospitalisation des femmes détenues en vue de leur accouchement.
- Une clarification des règles présidant à l'accueil des enfants de moins de dix-huit mois en milieu pénitentiaire.
- Une observance des droits sociaux de la mère et de l'enfant telles que la perception des allocations familiales et de l'allocation jeune-enfant (travail commun envisagé avec la Direction de la Sécurité Sociale).
- Une amélioration des conditions de la vie quotidienne en détention et de meilleures définitions des équipements nécessaires à l'accueil de jeunes enfants et des établissements pénitentiaires pouvant les recevoir.
- Une responsabilisation qui implique que les mères soient sollicitées financièrement en proportion des facultés contributives de chacune.
- Plus de communication de la mère et de l'enfant avec le milieu extérieur concernant en particulier les liens avec le père de l'enfant et les autres enfants de la fratrie.
- Des missions des personnels pénitentiaires plus précises et une meilleure information des magistrats de la situation familiale des détenues avant le jugement. De même après celui-ci, il était envisagé d'encourager la mise en œuvre des dispositions du droit positif permettant d'individualiser la peine en se fondant sur les obligations familiales de la personne condamnée.

CIRCULAIRE N°45 DH/DGS/DSS/DAP DU 8 DECEMBRE 1994

Selon les termes de la circulaire, l'établissement de santé veille à ce qu'une consultation de gynécologie soit prévue afin que les femmes détenues puissent bénéficier d'examens de dépistage spécifiques.

Ce texte indique également que les services de PMI du Conseil Général doivent être impliqués dans la surveillance des grossesses. Ils sont également sollicités dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé, afin d'assurer une action d'information sur la contraception et la planification familiale. Ces services doivent assurer le suivi des enfants.

De plus, cette circulaire insiste sur la responsabilisation des détenus face aux soins et aux traitements. De même la recherche d'une continuité des soins est nécessaire à l'issue de l'incarcération. Pour ce faire, il est important que l'équipe soignante se mobilise pour des actions individuelles ou collectives de responsabilisation des détenus à la gestion de leurs problèmes de santé. Ainsi, à la sortie de la détention, les soins seront assurés de façon coordonnée par les équipes sanitaires du lieu de résidence du détenu.

LE DECRET N°98-1099 DU 8 DECEMBRE 1998

Ce texte a remplacé le décret n°79-534 du 3 juillet 1979. L'étude comparée des deux décrets publiés à une vingtaine d'années d'intervalle souligne la volonté du législateur d'améliorer l'accompagnement sanitaire des femmes et des enfants vivants en milieu carcéral.

Si nous reprenons les différents articles, nous constatons qu'il est, dans le texte le plus récent, question d'un suivi médical adapté aux femmes enceintes alors que précédemment était évoqué le terme de régime approprié. Dans le nouveau décret, l'accouchement doit être réalisé dans un service hospitalier approprié à leur état de santé et non plus à l'infirmerie de la prison.

L'enfant peut toujours être laissé auprès de sa mère en détention jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Toutefois, l'organisation de sa prise en charge ne relève plus seulement des services socio-éducatifs de l'établissement pénitentiaire. Le texte de loi implique plus fortement les personnes titulaires de l'autorité parentale mais aussi les services compétents en matière d'enfance et de famille.

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

Toute demande de dérogation doit être examinée par une commission consultative. Elle a obligation, avant d'émettre son avis, d'entendre le défenseur de la mère mais aussi, si possible, le père de l'enfant.

La lecture attentive de ce nouveau décret fait apparaître la volonté d'améliorer la prise en charge de la grossesse en détention. L'autorité parentale semble être renforcée. Le législateur souligne encore la nécessité de la participation, auprès des travailleurs socio-éducatifs, des services compétents en matière d'enfance et de famille.

LA CIRCULAIRE DU 16 AOUT 1999

Un an après la parution du décret de 1998 et en référence paraissait la circulaire du 16 août 1999 émanant du ministère de la Justice^d. Ce texte concerne les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leurs mères incarcérées et reprend en grande partie les conclusions du groupe de travail de 1993 sur le même thème.

Les principes directeurs de cette circulaire sont :

- Publication d'une liste d'établissements équipés pour l'accueil des mères avec leurs enfants en bas âge^e.
- Le respect des règles relatives à l'exercice de l'autorité parentale.

^d Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leurs mères incarcérées.

^e La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis est autorisée à accueillir 13 mères accompagnées de leur enfant. La capacité sur l'ensemble de l'hexagone est de 66 places.

- Le rappel des droits communs de la protection de l'enfance ainsi que de la compétence des dispositifs d'action sanitaire et sociale en faveur de la famille et de l'enfance.

LE PROJET DE LOI RELATIF A LA PRESOMPTION D'INNOCENCE DU 10 FEVRIER 2000

A travers ce projet de loi, les députés ont renforcé le droit de la défense. Ainsi ils ont limité la détention provisoire et la mise en examen. De plus, les parents isolés d'un enfant de moins de dix ans ne pourront être mis en détention provisoire sauf s'ils ont commis un crime ou une infraction relative à l'enfant. Il est également prévu de mettre en vigueur et d'élargir la loi relative au placement sous surveillance électronique. Elle concernera en plus des personnes condamnées en fin de peine, celles qui sont en détention provisoire.

1.4 LE CONTEXTE DE L'ETUDE

1.4.1 Un monde carcéral en mutation

L'évolution est caractérisée par une population carcérale en progression. La population pénale augmente plus vite que le reste de la population française⁸. Au cours des vingt dernières années la population française a augmenté de 10% tandis que le nombre de détenus doublait (57844 détenus au 1er juillet 1999 en France métropolitaine et outre-mer).

La population carcérale féminine est stable en proportion. Elle concerne 4% des détenus. Les deux motifs d'incarcération des femmes les plus fréquents sont les infractions à la législation sur les stupéfiants et les crimes de sang¹⁰.

Récemment paraissaient des textes novateurs qui mettent en évidence la période de mutation que traverse la Justice. Tel le décret relatif à la réforme des Services d'Insertion et de Probation (SPIP) paru le 13 avril 1999. Ce texte a pour objectif de permettre une meilleure réinsertion des détenus. Plus récemment, le projet de loi relatif à la présomption d'innocence a été adopté par les députés le 10 février 2000. Ce texte, ayant pour but affiché d'humaniser les conditions de détention, limite la détention provisoire et la mise en examen.

1.4.2 La nursery de Fleury-Mérogis

La nursery de FM qui a la plus grande capacité d'accueil des mères et des enfants en France a longtemps été considérée comme un site pilote, comme une sorte de vitrine. L'Administration Pénitentiaire (AP) prend en charge l'entretien financier des bébés mais sans ligne budgétaire particulière. Elle gère et organise le personnel attaché aux soins médicaux et de puériculture.

Jusqu'à décembre 1998, le personnel petite enfance était composé d'un puéricultrice détachée du Conseil Général de l'Essonne, d'une auxiliaire de puériculture détachée de la ville de Paris ainsi que d'une éducatrice de jeunes enfant employée par l'AP. Le personnel de surveillance participe de façon habituelle aux soins donnés aux bébés.

Depuis une dizaine d'années, les cinq puéricultrices qui se sont succédées à la nursery ont toutes démissionnées. Le climat du service s'est dégradé au fil des ans pour devenir conflictuel. En décembre 1998 les phénomènes se sont aggravés du fait de la démission de la puéricultrice de la PMI. Peu de temps après, d'un commun accord avec l'Administration Pénitentiaire, l'auxiliaire de puériculture a réintégré, elle aussi, son administration d'origine. Les raisons possibles de ce conflit semblent résulter de l'absence de hiérarchie parmi le personnel petite enfance. D'autres explications ont été évoquées comme l'isolement du personnel travaillant à la nursery et le manque de moyens financiers nécessaires à l'entretien des bébés.

Dans ce contexte de crise de la nursery, la directrice de l'unité des femmes a réuni un groupe de travail. Celui-ci se rencontre régulièrement depuis le mois de novembre 1998 avec pour objectif de rechercher des solutions à la situation actuelle. Ce groupe est constitué de représentants des intervenants autour des femmes et des enfants de la nursery ainsi que du Conseil Général de l'Essonne. Il est apparu bien vite évident que la prise en charge sanitaire des enfants et des femmes n'était pas satisfaisante et qu'elle devait être coordonnée par un même et unique service. La candidature de l'UCSA n'a pas été acceptée. Les raisons avancées étaient que la réforme de 1994 ne donnait pas comme prérogative à l'UCSA le suivi des bébés mais seulement des adultes. De plus, la médicalisation de la prise en charge des bébés était redoutée par l'AP.

La situation a été bloquée jusqu'à la diffusion en octobre 1999 de la circulaire émanant du ministère de la Justice relative aux conditions de vie des enfants laissés auprès de leurs mères en détention. Une réunion a eu lieu en décembre 1999. Au terme de cet échange, une convention avec un protocole de fonctionnement entre le Conseil Général et l'Administration Pénitentiaire a été élaborée.

Les institutions qui interviennent à l'unité mère enfant se trouvent elles-mêmes en difficulté.

Ainsi l'hôpital Louise Michel de la ville d'Evry (LM) est actuellement en train de fusionner avec l'hôpital de Corbeilles. Ce rapprochement ne se réalise pas sans difficultés, les deux établissements disposant chacun d'un service de gynécologie obstétrique. Il paraît important de souligner que l'UCSA de Fleury-

Mérogis est actuellement le plus gros budget de l'hôpital LM et il n'y a pas très longtemps que le médecin responsable de l'UCSA assiste au Conseil d'Administration de l'établissement.

Le service d'insertion et de probation pénitentiaire (SPIP) est lui aussi en difficulté. Il se retrouve depuis les récentes circulaires acteur pivot d'une articulation entre les milieux fermés et ouverts. Or il s'avère que le service des SPIP est désorganisé privé de Chef d'antenne et en tout début de processus d'informatisation

1.4.3 .Peu d'études sur l'état de santé des femmes et des bébés

Il est étonnant de constater la pénurie d'informations épidémiologiques relative à l'état de santé des détenus².

Toutefois nous avons retrouvé deux travaux concernant l'état de santé des femmes enceintes en détention à Fleury-Mérogis. Le premier en 1983¹¹ concluait à l'absence d'augmentation des incidents et pathologies de la grossesse et de l'accouchement hormis des contractions utérines précoces. Le second ouvrage¹² datant de 1991 relate une étude rétrospective sur 29 grossesses à FM. Dans ce travail les femmes détenues enceintes semblaient présenter des incidences de pathologies supérieures à la moyenne mais sans trop de détails, les dossiers médicaux étant souvent incomplets.

Concernant l'état sanitaire des enfants, il a été impossible de retrouver des travaux les concernant hormis le mémoire de ma consœur MJ Calligher Communal¹³ qui en 1991 écrivait sur les enfants de Fleury-Mérogis : « L'enfant en détention ne présente pas de pathologie somatique particulière, ni de maladies banales plus fréquentes ».

Devant ce peu d'informations épidémiologiques, nous avons recherché à savoir si l'état de santé des femmes en détention était plus documenté. Nous n'avons retrouvé qu'une étude ^{14&15} traitant de la population féminine incarcérée.

Ce travail a été réalisé en 1997 réalisé par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees). Il traite de l'état de santé déclaré des entrants en prison.

Nous allons tenter de rapporter ce qui concerne les femmes :

Près de trois quarts des entrantes sont âgées entre 18 et 39 ans. Elles déclarent pour 12,5% d'entre elles ne pas avoir de domicile stable et pour 15,5 % ne pas avoir de protection sociale. La population non affiliée à un régime de sécurité sociale apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de faibles revenus et composée d'une forte proportion d'étrangères.

Au vu de cette étude, les femmes sont des consommatrices à risque tant pour la consommation de tabac (68%) que celle des drogues (26%) que de l'alcool (10,9%).

Les femmes déclarent avoir fréquemment effectué des tests de dépistage avant leur incarcération. Ainsi 47,8% ont déjà fait des tests de dépistage du SIDA, 30,6% des tests de l'Hépatite B et 22,3% pour l'hépatite C.

La fréquence du suivi ou hospitalisation psychiatrique dans les douze derniers mois précédant l'incarcération est de 13% et elles sont 26 % à prendre des psychotropes.

70% des personnes interrogées ont déclaré avoir eu recours au système de soins au moins une fois dans les douze mois précédant leur incarcération.

Au terme de la consultation médicale d'entrée, il a été décidé de programmer des soins bucco-dentaires pour 43% d'entre elles et une consultation de gynécologie a été prescrite pour environ une entrante sur cinq.

Néanmoins les femmes arrivant en prison sont jugées par le médecin en bon état général dans 76% des cas.

ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

2 ETAT DES LIEUX

Cette étude de la prise en charge sanitaire et sociale a pour objectifs de faire le bilan de l'existant concernant la prise en charge somatique, sociale et psychologique et de mieux cerner les besoins des détenues et de leurs enfants.

2.1 METHODOLOGIE

L'exploration de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement sanitaire et social des femmes enceintes des jeunes mères et de leurs bébés devait initialement se dérouler à travers l'utilisation de différentes méthodes d'enquêtes telles que :

- Visite et observation des lieux de vie et de soins des mères et des enfants : (Hôpital de Fresnes pour les IVG, nursery de FM, locaux de l'UCSA de la MAF, service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Louise Michel d'Evry.
- Entretiens avec des détenues et différents intervenants en milieu carcéral auprès de la population étudiée.
- Enquête socio-démographique sur dossiers administratifs des personnes ayant séjourné à la nursery de Fleury-Mérogis durant les trois dernières années.
 - Enquête sur l'état sanitaire des femmes et des enfants sur dossiers médicaux durant les trois dernières années.

2.1.1 Visites et Observation des lieux

Cette observation a été réalisée à partir d'une grille d'observation (ANNEXE I) dont les objectifs étaient d'appréhender le cadre de vie des détenues, d'observer le déroulement d'une journée à la nursery et de connaître l'organisation effective de la prise en charge sanitaire.

Pour cela, nous avons eu l'autorisation de la directrice de la MAF de passer une demi-journée à la nursery et de visiter les locaux de la MAF durant le mois de janvier 2000.

Afin de connaître l'organisation de la prise en charge sanitaire, nous sommes allée visiter les locaux de l'UCSA de Fleury-Mérogis, ceux de l'hôpital de Fresnes et de l'hôpital d'Evry. Nous avons effectué

une observation durant une demi-journée dans les locaux de l'UCSA de la maison d'arrêt des femmes.

2.1.2 Enquête sur entretiens

Nous avons réalisé des entretiens de type semi-directif auprès de 34 personnes (ANNEXE 1). Pour ce faire, nous avons élaboré cinq grilles d'entretiens (ANNEXE 2). Chacune des rencontres a duré, en moyenne, une heure trente. Elles se sont déroulées dans le lieu d'exercice habituel des professionnels. Nous avons rencontré les détenues dans un des bureaux de l'UCSA ou du pédiatre de la nursery.

Quelques interviews ont été effectuées par téléphone comme avec les médecins responsables de SOS médecins, du SAMU de l'Essonne et l'accueillante de la Maison Verte.

Les entretiens ont été retranscrits et les propos classés selon les différents thèmes abordés pendant l'entrevue. Les propos sont cités de façon anonyme en ne citant que la fonction ou la condition de notre interlocuteur. Dans le chapitre résultats de l'enquête, les discours des personnes détenues ont été cités (en italique) de façon littérale en début de chaque paragraphe de chaque thème abordé.

Le déroulement de l'enquête s'est effectué en deux temps :

❑ L'enquête préliminaire s'est déroulée de juillet à septembre 1999.

Des contacts ont été pris auprès des administrations intervenant autour de la santé de la population étudiée telle que la Direction Générale de la Santé, la Direction des Hôpitaux et l'Administration Pénitentiaire. A cette époque nous avons aussi rencontré le Médecin Chef de l'UCSA de Fleury-Mérogis et celui du service de l'unité d'hospitalisation des femmes de l'Hôpital de Fresnes. Par ailleurs, nous avons pu obtenir un entretien avec l'ancienne puéricultrice de la PMI de l'Essonne qui avait démissionné de la nursery et son Médecin Chef de Circonscription.

❑ Le deuxième temps de l'enquête s'est déroulé de décembre à janvier 2000.

Nous avons rencontré les professionnels de l'UCSA de la maison des femmes (MAF). Avec l'accord du Chef de Service, nous avons programmé avec la mise en place d'une enquête sur dossiers des suivis de grossesse et des IVG. Le psychiatre Responsable du SMPR de la MAF a été également interviewé ainsi que la psychologue et le pédiatre intervenant à la nursery. Des entretiens ont été organisés avec le Médecin Chef de l'hôpital d'Evry ainsi que le pédiatre du service de maternité. Il a été convenu et organisé avec eux de réaliser une enquête sur dossiers concernant les accouchements et l'état sanitaire des bébés à la naissance.

Afin de connaître les actes réalisés en urgence pour les mères et les enfants, des responsables de SOS médecins de l'Essonne et du SAMU du même département ont été contactés par téléphone. Nous avons désiré connaître l'action des médecins inspecteurs des services déconcentrés du ministère de la Santé auprès de la population étudiée. A cette fin, nous avons rencontré un médecin inspecteur de la DDASS de l'Essonne et celui de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Île De France (DRASSIF).

En juillet, nous avons joint des responsables de l'Administration Pénitentiaire qui nous ont introduite auprès de la Directrice de la Maison des Femmes (MAF). Celle-ci nous a donné rendez-vous en janvier.

Nous avons alors visité la nursery et rencontré les personnels pénitentiaires. Peu de temps après, nous avons reçu l'autorisation de nous entretenir avec des détenues ayant séjourné à la nursery. Ces dernières ont facilement accepté les rencontres, le lieu (locaux de l'UCSA ou cabinet médical du pédiatre) et l'horaire des entretiens étant fixé à leurs convenances.

Le principe d'une enquête socio-démographique sur dossiers a été accepté par la directrice de la MAF. Une des conseillères du service d'insertion et de probation (SPIP) s'est proposée de fournir les données nécessaires à l'enquête socio-démographique.

Afin d'avoir une vision globale de la problématique de la population étudiée il nous est apparu fondamental de contacter un des magistrats. A cette fin la directrice de la MAF est intervenue auprès de la Juge d'application des peines pour que nous puissions l'interviewer.

L'observation des lieux et les entretiens avec les détenues ainsi que le personnel pénitentiaire et judiciaire se sont déroulés durant le mois de janvier.

2.1.3 Les enquêtes socio-démographiques et épidémiologiques

Afin d'améliorer la connaissance de la population des femmes enceintes et celles des mères et des enfants vivant en milieu carcéral, nous voulions réaliser plusieurs enquêtes statistiques rétrospectives sur dossiers des trois dernières années. La première étude concernait les caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant séjourné à la nursery de Fleury-Mérogis. Elle nécessitait la participation des conseillers d'insertion et de probation. Les autres enquêtes étaient relatives à l'état sanitaire de la population étudiée et auraient dû être réalisées sur dossiers.

Il nous a été impossible de réaliser ces études pour de multiples raisons. Tout d'abord, les données communiquées par le service des conseillers d'insertion et de probation ne paraissaient pas coïncider avec celles de l'éducatrice de la nursery. Après vérification il s'est avéré que les données relevées étaient incomplètes ou erronées. Devant ce problème, il aurait fallu recommencer le recensement et

retranscrire personnellement les données, ce qui n'a pas été possible à réaliser vu le temps dont nous disposions.

L'enquête épidémiologique sur la santé des femmes et des enfants n'a pas non plus été possible. L'absence de secrétaire (relatif à un mouvement de grève du personnel hospitalier) et/ou l'absence de données nominatives relatives aux personnes en détention à la MAF a été un frein à la l'élaboration d'un recueil de données.

La maternité semblait favorable à nous permettre de faire une enquête sur dossiers. Mais là encore, sans liste de noms fournis par l'UCSA, il n'a pas été possible de retrouver les dossiers des détenues originaires de Fleury-Mérogis ayant accouché au cours des trois dernières années.

Nous n'avons pas eu accès aux dossiers des bébés, le motif évoqué par le pédiatre de la nursery était que l'état de santé des enfants ne posait pas problème.

2.2 LES RESULTATS

2.2.1 Observations et visites des lieux de vie et de soins des mères et des enfants

La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

La maison d'arrêt de FM a été construite dans le département de l'Essonne dans les années 60 sur un domaine de 160 hectares. C'est la plus grande prison d'Europe et elle abrite à ce jour un peu moins de 4000 détenus. Ceux-ci représentent 8% de l'ensemble des détenus du territoire.

Elle comprend trois unités : Le Centre de jeunes détenus (C.J.D), la Maison d'Arrêt des Hommes (M.A.H) et la Maison d'Arrêt des Femmes (M.A.F). Le mouvement annuel des personnes incarcérées est de plus de 12 000 détenus dont 13% sont des femmes. Au 7 juillet 1999 la population carcérale était constituée de 3223 hommes, 335 femmes et de 293 jeunes en détention.

La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis est dirigée par un directeur général assisté d'un directeur adjoint. De plus, chacune des trois unités est administrée par un directeur spécifique.

Dans les textes réglementaires, une maison d'arrêt ne doit recevoir que des prévenus (personnes qui n'ont pas été encore jugées) et des détenus condamnés à une courte peine ou en appel de jugement. En pratique, les condamnées de FM ont quelques fois des peines plus longues, pouvant aller jusqu'à la condamnation à perpétuité. Pour les femmes, cet état de fait s'explique par l'absence de maison centrale dans l'hexagone.

Observation et visites des lieux

La maison d'arrêt des femmes est un bâtiment de béton situé de à l'extrémité d'une route bordée des six bâtiments réservés aux hommes.

De façon générale ce qui frappe en entrant dans les locaux de la MAF, c'est le béton de couleur grise et les nombreuses grilles (rouillées) qu'il faut franchir. Nous avons été impressionnée par le silence ambiant régnant dans les couloirs menant à la nursery ou à l'UCSA. Ces locaux par comparaison aux couloirs d'accès nous sont apparus gais et clairs et riants.

La nursery est un bâtiment, en forme de raquette. Il est rattaché à la maison des femmes par un couloir. Celui-ci est bordé par des bureaux (tels le cabinet médical, la laverie, la cuisine pour la préparation des repas des bébés). Ce couloir central mène du côté de la nursery au bureau vitré des surveillantes qui peuvent ainsi surveiller les entrées et les sorties des détenues. Ce bureau est le centre d'un hémicycle avec quinze cellules disposées de chaque côté (attribuées à gauche aux mères et leurs bébés et à droite aux femmes enceintes). Les cellules sont disposées autour d'un jardin d'apparence un peu triste en hiver. Côté mamans, il y a une salle de jeux pour les enfants avec une petite pièce attenante pouvant recevoir trois berceaux pour la sieste. Côté femmes enceintes, nous trouvons une salle de lecture et de jeux pour les adultes. L'impression générale qui se dégage des locaux est satisfaisante. Les couleurs sont gaies et l'atmosphère chaleureuse mais tout est calme. Les jours de nos visites il y avait trois ou quatre détenues avec leurs enfants dans les bras.

Les cellules : Nous avons visité deux cellules dont une habitée. Elles nous sont apparues propres claires et un peu humides. Leurs superficies font une douzaine de m², elles semblent toutefois contenir l'essentiel de ce que les femmes et les enfants ont besoin. Le berceau du bébé est séparé du lit de la maman par un rideau. Il y a un coin lavabo avec un petit réchaud à pastille d'alcool, du matériel de puériculture (chauffe-biberon, biberons, petite baignoire...). La cellule visitée en compagnie de la résidente des lieux semblait riante, des photos étaient accrochées au mur, le berceau du bébé débordait de peluches et était recouvert de couvertures de couleurs vives. A l'heure de notre visite les portes des cellules du côté mamans étaient ouvertes.

Le cabinet médical du pédiatre est situé dans la nursery. Il est équipé de meubles fonctionnels et semble un peu impersonnel.

Les locaux de l'UCSA et des consultations du SMPR de la Maison des femmes. Ils sont situés à l'entrée de la maison des femmes et sont eux aussi en forme de cercle autour du cabinet d'accueil des infirmières. Ils semblent fonctionnels et équipés de façon satisfaisante.

Les locaux administratifs. Les locaux de l'UCSA peuvent être considérés comme neufs et équipés de mobiliers de qualité.

Le service de gynécologie de l'hôpital de Fresnes où sont effectuées les IVG est un service vétuste avec des cellules à l'ameublement précaire, les peintures sont en mauvais état et l'atmosphère triste. Toutes les portes des cellules sont fermées en continu. Les détenues ne peuvent en sortir que pour la promenade.

L'Hôpital Louise Michel d'Evry est un bâtiment moderne en brique rouge, des grilles sur les balcons des étages supérieurs servent de décoration. Les couloirs sont sombres, les cabinets du gynécologue et de la psychologue n'ont pas de fenêtres et sont éclairés à la lumière artificielle.

2.2.2 Entretiens avec les intervenants et des détenues

2.2.2.1 Aspects sociaux et démographiques des femmes incarcérées à la nursery

Les femmes enceintes d'Ile de France ou de la région Centre ont la possibilité, dès qu'elles le souhaitent, de demander à venir à la nursery de FM. Elles ne sont jamais obligées d'y séjourner si elles ne le souhaitent pas. Généralement d'ailleurs, les détenues demandent à venir à la nursery plutôt au dernier trimestre de leur grossesse (surtout par peur de l'isolement).

Les jeunes mères détenues incarcérées dans des établissements des régions déjà citées qui désirent garder leur enfant de moins de dix-huit mois peuvent aussi demander à être incarcérées à la nursery de FM.

Les seuls motifs de refus sont dus à l'effectif, la directrice donne priorité aux femmes enceintes présentes en détention et à la nursery.

Deux tiers des femmes de la nursery sont d'origine étrangère⁹. Les nationalités sont très diverses mais des continents comme l'Amérique du Sud (Guyane, Colombie, Brésil...) ou l'Afrique (Zaïre, Mali, Tanzanie, Algérie...) sont très représentés. Les motifs pour lesquelles les femmes ont été incarcérées sont variés. Environ un cinquième des femmes sont incarcérées pour des affaires criminelles. Les autres sont en détention suite à des procédures correctionnelles. Parmi celles-ci, un peu moins de la moitié sont consécutive à des infractions à la législation des stupéfiants^f. Les autres sont détenues

^f Les toxicomanes représentent à peu près 40 % de la population incarcérée à la nursery. Il y a beaucoup de femmes en détention pour petit trafic de revente de drogue mais aussi pour des vols liés à la toxicomanie « quand

pour vol, infraction à la législation des étrangers ou par exemple pour non-assistance à personne en danger.

La majorité des femmes en détention à la nursery ont entre 20 et 30 ans et découvrent leur grossesse en prison. Ce sont fréquemment des mères de famille non mariées qui ont très souvent deux ou trois enfants restés à l'extérieur. Ceux-ci sont accueillis dans leurs familles en France ou à l'étranger ou placés dans une famille d'accueil. Les deux tiers des détenues parlent français. Avec les autres, les professionnels communiquent en anglais ou en espagnol ou par l'intermédiaire d'une co-détenue parlant la même langue.

Il n'y a pas de rapport d'activité spécifique à la MAF mais seulement un rapport d'activité global pour les sept établissements de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. Ce rapport d'activité précise les statistiques des entrées, celles concernant les extractions et la durée moyenne de séjour. Le service des conseillers d'insertion et de probation (SPIP) n'est pas encore informatisé (les ordinateurs ont été livrés en janvier 2000) et ne possède donc pas de données chiffrées.

L'effectif était au moment de l'enquête (en janvier 2000) très faible et ne comportait que trois mamans accompagnées de leur bébé et une femme enceinte. D'après les divers entretiens, c'est un phénomène qui perdurait depuis un an à peu près « La nursery, ce n'est pas un endroit plein de vie, il n'y a jamais d'enfants ! ».

L'éducatrice de la nursery a établi un tableau, à partir de données manuelles, (ANNEXE 3) relatif à la fréquentation du service.

D'après les données fournies par l'éducatrice de jeunes enfants, le temps moyen de présence des détenues est de 8,7 mois avec une médiane à 6 mois.

En 1997, la nursery a accueilli 35 femmes enceintes dont 13 ont accouché à LM et 8 mères sont entrées avec leurs bébés.

En 1998, la nursery a accueilli 23 femmes enceintes dont 13 ont accouché à LM et deux mamans y sont entrées avec leurs enfants.

En 1999, il y a eu 19 femmes enceintes dont 7 ont accouché à LM et 5 mamans y sont entrées avec leurs bébés.

Durant ces trois dernières années : deux enfants ont été placés à l'A.S.E à 18 mois, un enfant a eu une dérogation pour rester auprès de sa mère quatre mois au-delà de la période légale.

En 1997, il y a eu 10 inscriptions en halte garderie, 8 en 1998 et 4 en 1999.

Les enfants en danger :

- En 1997, il y a eu une liaison avec la PMI pour inquiétudes mais il y a eu un signalement sans placement décidé au Procureur de la République.

une femme est incarcérée c'est qu'elle est au bout du rouleau, quelquefois elles se sentent mieux ici qu'à l'extérieur, elles peuvent au moins se reposer se soigner et manger à leur faim ».

- En 1998, il n'y a pas eu de «signalement » à la PMI mais 3 signalements dont un placement en urgence au Procureur de la République.
- En 1999, il y a eu un placement sur demande maternelle et un signalement avec placement en urgence.

2.2.2.2 Les conditions de vie en milieu carcéral des détenues et de leur bébé.

a) L'Arrestation et l'arrivée des détenues

« Quand j'ai été arrêtée à mon domicile, les policiers ne voulaient pas s'occuper du bébé. Ils trouvaient cela « chiant » et ont dit que s'ils appelaient l'assistante sociale, je ne le reverrais jamais plus. Ils m'ont alors conseillé de le confier à une voisine de chambre qui a téléphoné à une cousine habitant à la ville de C...et qui est venue chercher le bébé. »

L'arrivée des détenues peut survenir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Les informations délivrées par le juge d'instruction sont succinctes, elles concernent :

- Le nom et le prénom, la date de naissance et l'état matrimonial (mais en détention on appelle les détenues par leurs noms de jeunes filles et jamais par leur nom de femmes mariées)
- La nationalité, le domicile déclaré, l'affiliation et le numéro de sécurité sociale.
- La juridiction dont elles dépendent (elle est très variable à l'instar du reste de la population carcérale de FM^g).
- La qualification succincte du motif de l'incarcération.
- Les problèmes de santé et le traitement en cours déclarés.

Le lendemain matin un chef de service pénitentiaire remplit sur un imprimé type les renseignements communiqués par le juge.

Le personnel de la nursery est exclusivement féminin. Il se compose durant la journée de trois surveillantes et d'une éducatrice de jeunes enfants. Cette dernière est la seule éducatrice employée par l'Administration Pénitentiaire en France. La nuit, une seule surveillante assure la garde de la nursery. Le reste du personnel est constitué actuellement de professionnels de l'hôpital d'EVRY intervenant deux matinées par semaine comme la sage-femme ou la psychologue (qui assure un groupe de parole pour les femmes enceintes). Une autre psychologue attachée elle aussi à l'hôpital d'EVRY anime un groupe de parole avec les surveillantes et l'éducatrice de jeunes enfants. Un pédiatre libéral consulte les bébés dans le cabinet de la nursery une matinée tous les quinze jours. Le

^g Les personnes en détention proviennent en majorité de Paris (37%) et du département de la Seine Saint Denis (34%). L'Essonne arrive ensuite (8%) suivie de la Seine et Marne et du département des Yvelines.

ménage et les repas sont assurés par deux détenues qui en contrepartie sont logées au sein des locaux.

b) Les conditions de vie

« On apporte le petit déjeuner à 7 heures trente et à 8 heures les surveillantes nous ouvrent la porte, on fait alors son ménage, jette sa poubelle et on fait prendre le bain aux bébés.

« L'atelier était de 8 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures 30. Si le bébé qui dormait, pendant que sa mère était à l'atelier, se réveille et que l'éducatrice n'est pas à la nursery, elles appellent alors la maman qui doit immédiatement arrêter de travailler pour s'occuper de lui...En prison, on aime les gens qui disent rien ».

« La nuit on ferme les portes à 18 heures (...). Vers 19 heures, les bébés dorment. Au début, ils se réveillent à chaque ronde ; toutes les trois heures des surveillantes allument de l'extérieur la chambre puis ils s'habituent un peu mais quand ils grandissent, ils ont de plus en plus de mal à se rendormir. La nuit, la nursery c'est calme il y a peu de bébés qui pleurent ».

Horaires d'ouverture des cellules

Les cellules sont ouvertes de 8 H à 12 H et de 13H15 à 18 H, l'enfermement des femmes et des enfants est donc de 14 H la nuit.

Activités durant la journée

Selon les surveillantes, les femmes préfèrent généralement ne pas rester toute la journée dans la nursery. Elles participent à des ateliers ou à des activités rémunérées ou de formations (apprentissage de langues, dactylo...) ou de loisirs (sport, théâtre, peinture, bibliothèque...). Durant l'absence des mamans, l'éducatrice garde les enfants en salle de jeux. Quand elle n'est pas disponible, la maman peut confier son enfant à une autre détenue. Les détenues fument beaucoup et une de leurs angoisses est de ne pas pouvoir se procurer de cigarettes.

Les revenus :

« J'ai 200 francs envoyés chaque mois par mon compagnon. Je verse à l'Administration Pénitentiaire 40 francs pour l'entretien du bébé (car je l'allait, sinon je payerais 80 francs).

« Vous ne pouvez pas savoir ce que c'est d'avoir besoin d'une tétine car l'ancienne est inutilisable et de devoir le demander sans savoir si les surveillantes vont accepter(...) ».

La majorité des détenues (80%) veulent travailler, même les femmes enceintes. Des concessionnaires extérieurs les emploient à des travaux comme l'emballage ou le conditionnement pour 1500 à 2000 francs mensuel pour six heures de travail journalier.

Ces emplois sont très prisés par les détenues car ces activités leur permettent de gagner un petit pécule et de sortir de leur cellule. Les femmes enceintes sont autorisées à travailler jusqu'à l'accouchement. Après, «c'est une sorte de congé maternité maison ! ». Ainsi, elles ne peuvent reprendre le travail dans les ateliers qu'après deux mois et demi d'arrêt.

Leurs familles leur envoient généralement peu d'argent, leurs proches étant eux-mêmes en grande précarité. Quand ces femmes ne travaillent pas, elles sont dans un véritable état d'indigence. Elles ne peuvent louer une télévision ou « cantiner », alors elles «trafiquent », c'est à dire qu'elles échangent entre elle n'importe quoi comme des médicaments (SUBUTEX, hypnotiques, psychotropes ou même pilules contraceptives, nourriture...).

Ces faits sont encore aggravés pour les femmes étrangères en situation irrégulière qui ne perçoivent aucune prestation familiale.

Les droits sociaux :

« Depuis mon incarcération, bien que j'ai envoyé un dossier complet pour pouvoir toucher les allocations familiales, je n'ai pas encore reçu de réponse ».

Pour les personnes en situation régulière, les personnes sont systématiquement immatriculées ou ré-immatriculées par le SCIP à la CPAM de MORSANG. Pour les personnes détenues en situation irrégulière, les conseillers d'insertion et de probation font le nécessaire pour qu'elles soient affiliées. Les délais d'entente préalable pour les prothèses dentaires par exemple sont très longs et souvent la détenue est sortie quand l'accord de la CPAM est donné.

Les difficultés de traitement des affiliations et de recouvrement des droits sont nombreuses et le délai dépend du bon vouloir des caisses du lieu de résidence antérieure de la détenue. L'obtention des allocations jeunes enfant ou parent isolé est laborieuse sinon impossible. Par exemple, la CAF de la ville d'Evry n'alloue jamais l'allocation parent isolé prétextant que les femmes ne sont pas isolées en prison.

Relations mère et enfant :

« Il y a beaucoup de chemin à faire pour que les mamans et les bébés se sentent bien dans la nursery. Il faut comprendre que si j'avais de la joie mon fils aussi avait de la joie, si j'étais triste mon fils aussi était triste et c'est pareil au dehors de la prison ».

« La cellule est petite pour les bébés surtout pour les petits cascadeurs. Pour mon fils, j'avais poussé les meubles contre les murs pour avoir de la place et il jouait avec des jeux que l'on nous prêtait (...) ».

Les cellules sont fermées de 18 heures à 8 heures. Des jeux sont prêtés aux enfants mais de l'avis des professionnels « c'est dur à supporter quand l'enfant crie et pleure et manifeste une certaine violence. Le tête-à-tête est souvent difficile quand les bébés braillent pendant trois à quatre heures ». De plus, elles ont peur que leur bébé réveille les autres et ainsi se faire mal voir par les surveillantes. Cet enfermement et cette promiscuité obligée de l'enfant avec sa mère inquiètent beaucoup les professionnels quant au devenir futur de ces enfants. Il n'y a pas eu de nombreux cas de maltraitance mais l'éventualité est toujours présente à leur esprit même si pour certains professionnels : « ce n'est qu'un fantasme, les mères se sentent des mauvaises mères d'être mère dans cet endroit-là et l'institution sécrète cette image. C'est important de travailler cela avec les surveillantes et l'équipe petite enfance car l'image qu'on a de la mère rejaillit sur celle de l'enfant ».

Pour de nombreux intervenants, cette situation de promiscuité induite entraîne des relations à type de fusion entre la maman et son enfant. Ainsi, les détenues dorment souvent avec leur enfant. Les raisons avancées par les professionnels sont dues surtout à des raisons ethniques mais aussi parce que les mamans sont elles-mêmes angoissées et seules. Généralement, quand les bébés grandissent, les mamans sont d'accord pour que leurs enfants fassent des sorties à l'extérieur et des séjours dans leurs familles.

Les repas :

Mme se plaint des pastilles d'alcool utilisées pour la combustion des réchauds qui font mal à la gorge. Elle critique les repas immangeables que l'on sert aux détenues et qui doivent être recuits pour être mangeables.

« A la nursery il était refusé aux mamans de préparer des gâteaux et ce n'est que pour l'anniversaire de son enfant qu'on avait droit d'entrer dans la cuisine ».

Pendant la grossesse, les repas sont les mêmes que ceux des autres détenues mais avec un supplément d'un litre de lait. De l'avis de divers professionnels, elles ont toujours très faim et veulent toujours manger.

Pratiquement toutes les femmes allaitent leurs bébés pour des raisons ethniques mais aussi économiques. A l'âge de la diversification des aliments, les repas sont préparés par des détenues travaillant à l'entretien.

Liens avec la famille :

Les visites avec la famille se font au parloir à raison d'une demi-heure trois fois par semaine et une heure si la famille habite loin. Selon les surveillantes, les femmes en détention à la nursery reçoivent des visites de leur famille au moins une fois par semaine. Quand mari et femme sont incarcérés, les parloirs sont très difficiles à organiser sinon impossibles et ce, même si les deux sont incarcérés à FM.

L'enfant en prison :

« Ce que l'on avait besoin pour le bébé était distribué le mercredi. Celles qui avaient les moyens payaient 80 francs par mois et les autres avaient cette somme retirée quand elles recevaient un mandat. Si les mamans consommaient plus que la quantité autorisée, il fallait payer 20 francs par paquet de couches supplémentaires et 10 francs par boîte de lait en plus. »

« Les fournitures pour le bébé étaient rationnées alors qu'il y en avait plein la réserve. »

« Pour la nourriture des enfants il y a une grande amélioration(...)les bébés ne pouvaient pas avaler la nourriture qu'on leur proposait et on n'avait pas le droit de dire que c'était pas bon, et les bébés ne mangeaient que la nourriture que les mamans « re-cuisinaient »(...). Quand A est arrivée, elle a rediscuté le choix des menus des repas des bébés avec les mamans. Ainsi à douze mois mon fils a pu manger des pommes de terre sautées et des aliments qui avaient plus de goût. Et grâce à elle quand notre bébé n'aimait pas le repas, il pouvait manger des petits pots »

« Ma fille est allée en halte garderie à partir de 9 mois et Anne a demandé à la directrice l'autorisation de les sortir plus souvent au parc, au manège elle a pris des photos pour les mamans. Les jouets il y en avait pas mal et Anne^h en a apporté de l'Hôpital d'EVRY. »

Quand sa tante a déménagé dans une grande maison elle a dit qu'elle prendrait son fils. Cela s'est fait à l'amiable par l'intermédiaire de l'éducatrice qui a rencontré deux fois la tante. La séparation avec son bébé à dix-huit mois a été très douloureuse «c'est comme si on coupait une branche d'un arbre ». Elle était préparée depuis l'arrivée de son bébé mais elle trouve qu'il aurait mieux fallu attendre ses deux ans.

De l'avis général des professionnels «L'enfant n'est pas détenu mais il est quand même détenu ». Bien que nombreux à être favorables au principe de laisser l'enfant avec sa mère certains remarquent : « On peut imaginer qu'un bébé qui reste en cellule n'aille pas très bien dans l'avenir ». Un des professionnels interrogé sur les bénéfices pour le bébé a répondu : « j'aurais du mal à en trouver si ce n'est que la présence de la mère auprès de l'enfant est importante mais le lieu présente de nombreux inconvénients qui contrebalancent cet avantage ».

L'éducatrice et le personnel d'insertion et de probation insistent sur l'état de pauvreté des détenues avant leur incarcération. « Les bébés sont mieux ici qu'à l'extérieur, souvent les mamans vivent dans le quart-monde et les conditions de vie sont meilleures en prison ». Ainsi le cas de cette femme en grand dénuement qui à l'approche de l'hiver, s'est fait volontairement incarcérer avec son bébé pour que son nourrisson puisse passer un hiver au chaud.

Des efforts sont faits par l'équipe petite enfance pour que le bébé puisse sortir de l'univers carcéral. L'autorisation de la maman est nécessaire pour que l'enfant fasse des séjours dans la famille, des promenades ou fréquenter la halte garderie. Vers 5-6 mois l'éducatrice organise des sorties telles les grands magasins, le parc ou les promenades à pied autour de la maison d'arrêt. Une des professionnelles s'est exclamée « c'est mieux que rien ! ». Des photos sont quelquefois prises par l'éducatrice et montrées aux mamans.

^h Anne est en fait une infirmière de l'UCSA d'un des bâtiments des hommes qui a été détachée à la nursery pendant six mois. Actuellement elle a réintégré le service de pédiatrie de l'Hôpital Louise Michel.

Des accords ont été conclus avec la halte garderie municipale de Viry-Chatillon pour trois places trois après-midi par semaine et une journée une fois par mois. La priorité est donnée aux enfants n'allant pas dans leur famille. Pour les conduire, l'éducatrice dispose d'un véhicule «monospace» donné par l'ASSODASⁱ. L'entretien mécanique et l'alimentation en essence sont assurés par l'Administration Pénitentiaire. Le véhicule peut transporter quatre enfants avec un lit bébé et celui-ci est conduit par l'éducatrice accompagnée par une surveillante. Au fil des années, des contacts se sont créés entre les équipes de la halte garderie et la nursery de FM.

Le financement de l'entretien des enfants est variable. Les vêtements de l'enfant sont soit fournis par la famille soit par des dons privés tels que le secours catholique ou l'ASSODAS.

Les équipements de puériculture (lit de bébé, couches...), le budget alimentaire, le budget parapharmacie, les consultations médicales (consultations du pédiatre et de SOS médecin) et les médicaments sont subventionnés par l'Administration Pénitentiaire. Actuellement les sorties des enfants sont interrompues du fait du manque de personnel, mais les sorties en halte garderie et dans les familles sont conservées.

La préparation de la sortie de l'enfant à dix-huit mois est un des rôles essentiels des conseillers d'insertion et de probation. En collaboration avec le personnel de la nursery, ils préparent avec la maman la sortie de l'enfant dès son premier anniversaire. Mais selon les dires de certains professionnels, il y a beaucoup d'improvisation dans la préparation à la séparation. Et l'adaptation n'est pas réalisée de façon systématique ; les remises de peines prononcées par le juge étant considérées comme imprévisibles. Certaines mères demandent une dérogation pour que leur enfant reste auprès d'elle au-delà des dix-huit mois, d'autres sortent en même temps par décision du JAP. Certains nourrissons vont dans de la famille. En dernier ressort, des contacts sont pris avec l'ASE pour un hébergement en famille d'accueil^j.

Réinsertion sociale

L'action du service de probation et d'insertion est d'évaluer la situation sociale familiale et sanitaire des détenues dès leur arrivée. Afin de maintenir les liens, des contacts avec la famille sont pris précocement. Leurs actions sont d'informer, d'assister et d'orienter les personnes vers les partenaires spécialisés selon les besoins et les demandes des détenues en préparant ainsi la sortie. Mais, certains intervenants se plaignent et citent l'exemple d'une détenue arrivée depuis quatre à cinq mois et qui n'a vu le conseiller d'insertion et de probation qu'à son arrivée.

ⁱ Association 1901 subventionnée par les détenus (à raison de 112 francs par mois) et par le ministère de la jeunesse et des sports ainsi que par le Conseil Général de l'Essonne. La présidente du Conseil d'Administration est la directrice de la maison des femmes. Cette association fournit également les photos, cadeaux d'anniversaire et de Noël etc...

^j Le personnel préfère éviter la pouponnière.

Relations détenues et personnel de la nursery

« Elles ont leurs têtes à la nursery alors qu'elles devraient aider à la réinsertion et ne pas faire la vie dure aux détenues. Les surveillantes à la prison se donnent la main qu'elles aient tort ou pas... »

« Quelquefois en prison on trouve des gens humains et compétents, ce n'est pas comme l'auxiliaire de puériculture qui ne savait pas parler aux gens et qui était très agressive. »

« (...)Maintenant elle est partie comme l'ancienne puéricultrice qui s'est battue pour beaucoup de choses mais est partie car elle n'a pas pu avoir ce qu'elle demandait .»

D'après divers professionnels, le climat est difficile. Il y a des conflits entre les détenues selon les religions ou les ethnies. Les relations semblent aussi conflictuelles entre les surveillantes et le personnel petite enfance, les surveillantes et les femmes en détention.

«Les surveillantes se font «chier» et les détenues préfèrent rester au quartier général et ne pas aller à la nursery, c'est dur à vivre et on n'en parle pas. La télévision 65 F par semaine c'est cher ! .»

Selon certaines professionnelles le séjour à la nursery n'est pas une bonne période pour les femmes enceintes. Elles s'y sentent seules et isolées et souvent, préfèrent rester à la maison des femmes. De plus, les surveillantes ou les femmes de ménage suscitent des jalousies entre les détenues par la sympathie qu'elles montrent ou pas aux bébés. « Les détenues de plus ont peur des représailles des surveillantes et préfèrent ne pas vider leurs sacs. »

Les détenues fument beaucoup, à leur arrivée les conseillers d'insertion et de probation leur offrent trois ou quatre cigarettes. Après, beaucoup "trafiquent" pour pouvoir en "cantiner "ou faire du troc. Toutefois certaines surveillantes fument aussi et certains professionnels ont rapporté des propos de détenues se plaignant du tabagisme de certaines surveillantes arguant que l'odeur imprègne même les layettes des enfants. De peur de représailles de la part des surveillantes, les détenues n'osent pas en parler.

2.2.2.3 La prise en charge sanitaire

a) Connaissance de l'état de santé

Les statistiques de l'UCSA concernent le nombre de consultations des généralistes et des spécialistes, les actes de dentisterie, les actes de biologie et les soins infirmiers.

Elles sont faites manuellement par la secrétaire du service et transmises chaque mois à la secrétaire du médecin chef. Mis à part cette transmission de données, il n'y a pas de statistiques selon les pathologies ou les prises en charge spécifiques.

Le SMPR n'effectue pas non plus de recueil épidémiologique car pour le psychiatre responsable : « Cela poserait un problème de confidentialité et d'ailleurs il n'y a pas de logiciel approprié ».

Le service de la maternité de l'Hôpital Louise Michel ne réalise pas de statistiques concernant les parturientes et leurs enfants provenant de la maison d'arrêt.

Etat de santé des mères et des femmes enceintes

Les pathologies des femmes de la MAF sont surtout liées à la toxicomanie (40% d'entre elles). Les pathologies dues à l'anxiété et à la dépression sont fréquentes qu'elles soient isolées ou réactionnelles à l'incarcération. Les femmes se plaignent aussi de troubles du sommeil.

Selon le psychiatre, certaines femmes, surtout les plus jeunes peuvent trouver la maternité très difficile. Ainsi les femmes d'origine étrangère qui ne parlent pas le français, présentent un problème d'isolement linguistique. Mais, ce n'est pas le cas de toutes les femmes qui trouvent là : « une plénitude et l'espoir de ne pas être seule ».

Les détenues en général ont un très mauvais état dentaire du fait de nombreuses caries. Le dentiste explique ce phénomène par la toxicomanie « l'héroïne abîme les dents et pas seulement en superficie. Couplée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, on peut imaginer les dégâts(...)ces femmes n'ont pas eu d'éducation sanitaire par leurs parents ! ».

De l'avis général, les grossesses pathologiques ne sont pas nombreuses et les accouchements sont globalement à terme ou avec une petite prématurité et ne posent pas de problèmes majeurs. Les pathologies des femmes enceintes sont surtout virales et liées à la toxicomanie.

Etat de santé des bébés

Pour le pédiatre et le Chef de Service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Louise Michel, il n'y a eu en quatre ans qu'un ou deux problèmes médicaux graves en périnatal. Il y a peu d'accouchements de détenues (de l'ordre de cinq à six par an). Les problèmes sont ceux qui résultent du sevrage (un quart des bébés) et de la séropositivité HIV, Hépatite B ou C. La fréquence des enfants présentant une hypotrophie fœtale est légèrement supérieure à la moyenne.

Le pédiatre libéral estime que les enfants vont très bien. Ils ne présentent pas de pathologies particulières par rapport aux enfants de la même tranche d'âge sauf peut-être un excès de poids; « leurs mères leur donnent trop à manger du fait du désœuvrement ». Ils présentent également des troubles du sommeil avec pleurs la nuit et veulent souvent dormir dans le lit de leur mère. Les enfants de plus de dix-huit mois ne supportent pas d'être enfermés la nuit et tambourinent la porte de la cellule.

Les hospitalisations des enfants sont très rares. En trois ans, il n'y a eu qu'un enfant hospitalisé pour une bronchiolite et les épidémies virales sont moins fréquentes que dans les autres collectivités accueillant des enfants.

b) Prise en charge sanitaire (somatique et psychiatrique)

➤ **Les femmes enceintes et les jeunes mères**

L'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis est rattachée par convention au Centre Hospitalier Louise Michel de la ville d'EVRY (Essonne). L'UCSA est dirigé depuis 1991 par un praticien hospitalier Chef de Service en milieu pénitentiaire des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis. En octobre, ce praticien a pris de nouvelles fonctions au ministère de la Santé et a été remplacé depuis par un nouveau médecin.

L'UCSA comprend 7 unités de soins dont une est attribuée aux femmes. Celle-ci doit assurer le suivi médical des femmes qu'elles soient enceintes ou pas. Le suivi médical des enfants est géré et organisé par l'Administration Pénitentiaire.

Le personnel de l'unité de soins ambulatoire de la MAF est composé de :

- Quatre infirmières à temps plein.
- Trois généralistes vacataires dont un à temps plein
- Des spécialistes : dermatologue (une vacation mensuelle), 1 gynécologue faisant deux vacations hebdomadaires, un autre gynécologue faisant une consultation hebdomadaire, un gastro-entérologue faisant une vacation tous les deux mois, une consultation hebdomadaire de dépistage HIV par (CISIH).
- Un dentiste effectuant quatre vacations hebdomadaires.
- Un kinésithérapeute faisant trois vacations par semaine.

Dans les locaux de l'UCSA d'un autre bâtiment (bat D4 des hommes), il y a d'autres consultations spécialisées comme la cardiologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie ou la pneumologie.

Une réunion d'information est organisée chaque mardi par un des médecins généralistes. Celui-ci réunit les arrivantes de la semaine et leurs présente l'UCSA et la procédure à suivre pour pouvoir consulter. Généralement il anime seul la réunion mais les infirmières peuvent y assister si elles le désirent. Auparavant, un livret d'accueil était distribué mais le budget est maintenant épuisé.

Un examen médical d'entrée est assuré par un médecin généraliste de l'UCSA. A cette consultation, il est proposé à toutes les femmes un test de grossesse par β HCG plasmatique.

En cas de test positif, un des deux gynécologues du service rencontre les femmes. Dans le cas où une interruption volontaire de grossesse (IVG) serait envisagée, un bilan préopératoire ainsi qu'une échographie sont réalisés. Les femmes sont alors dirigées vers un des trois hôpitaux Fresnes, Louise-

Michel^k ou Cochin où une échographie de contrôle sera effectuée ainsi qu'un entretien avec une psychologue.

Le suivi médical des femmes enceintes est assuré par une équipe pluridisciplinaire travaillant au sein de l'UCSA et de l'hôpital d'EVRY. Elle est composée d'un gynécologue, d'une sage-femme arrivée en décembre 1999 et d'une psychologue. Tous trois effectuent, deux vacations hebdomadaires à FM.

Les détenues ne sont pas autorisées par l'Administration Pénitentiaire à conserver les compte-rendus d'examens médicaux dans les cellules. Ceux-ci sont remis à la patiente lors de sa sortie de la maison d'arrêt.

Le suivi psychiatrique en ambulatoire des femmes enceintes et des jeunes mères ainsi que des femmes est assuré par un psychiatre à temps plein travaillant au SMPR. Celui-ci est responsable de l'unité fonctionnelle des consultations des femmes. Un autre psychiatre est Chef de l'unité de soins d'hospitalisation de jour (la seule en France). Cette unité a une capacité de 9 lits et accueille de jour (de 10 à 18 heures) les détenues nécessitant des soins de jour ou qui sont en attente d'une hospitalisation. De plus un médecin alcoologue effectue une vacation par semaine. Le reste de l'équipe est constitué de deux psychologues à mi-temps et de cinq infirmiers.

Les grossesses sont suivies à l'UCSA

« Le jour de mon arrivée, j'ai rencontré le docteur généraliste de l'UCSA qui a renouvelé ma prescription de TERCIAN, LEXOMIL, IMOVANE et on m'a conduit à la nursery du côté femmes enceintes (je me souviens qu'on m'a aidé à porter mon sac).

Le lendemain, je me sentais en sécurité et je n'avais plus de contractions mais j'avais quand même des vomissements...J'ai, par la suite, sympathisé avec une codétenue et échangé avec elle le TERCIAN contre du SUBUTEX.

Pendant les deux mois j'ai eu beaucoup de contractions évoquant une menace d'accouchement avec plusieurs hospitalisations. Mais, je crois que les contractions, c'était comme un état de manque. J'ai bien apprécié être hospitalisée car à l'hôpital je pouvais dormir. Pendant mon séjour à l'hôpital, j'ai vu quatre fois le gynécologue homme que je trouvais gentil et une fois la gynéco femme(...). Une échographie a été faite à l'UCSA mais on ne me l'a pas laissée. Je la prendrai à la sortie avec le reste de mes examens médicaux. »

« Quand j'ai commencé à avoir des contractions au septième mois, j'ai été transférée à FM à la nursery du côté des femmes enceintes. Quelques jours après son arrivée, j'ai été vue en consultation par le généraliste et le gynécologue. Il a vu que tout allait bien mais a prescrit une échographie réalisée au D 4. Il a aussi programmé une radio de bassin à l'hôpital d'EVRY car j'avais déjà eu une césarienne. J'ai été conduite en ambulance accompagnée d'une surveillante et d'une escorte avec menottes aux poignets. »

« Au 9^e mois mais avant le terme prévu, j'ai eu des contractions vers 22 heures et j'ai alors appelé la surveillante qui a fait appel à sa supérieure. La gradée est venue vérifier si les contractions étaient régulières et a prévenu le médecin de garde. Ce dernier est venu et m'a examiné dans le cabinet médical de la nursery. Je suis retournée dans ma cellule pendant que la gradée et le médecin réfléchissaient sur les suites à donner. Ils ont décidé de me conduire à la maternité. Le délai n'a pas été trop long et le transport s'est fait en ambulance, chaînes aux poignets avec la surveillante et deux escortes. »

^k Depuis un an il n'y en a pas d'IVG à l'hôpital d'EVRY.

Quand une détenue enceinte arrive à la MAF ou à la nursery, la psychologue lui propose un entretien. Elle propose ensuite un groupe de parole « femme enceinte » ou une prise en charge individuelle. Quand une femme enceinte s'avère présenter des troubles psychologiques, elle l'oriente vers sa collègue du SMPR.

Le suivi médical des grossesses est assuré par deux gynécologues et entre les consultations par une sage-femme qui vient depuis janvier 2000 deux fois par semaine. Les échographies sont réalisées à l'UCSA. Les examens de laboratoire sont prélevés à l'UCSA et « techniques » à l'hôpital d'EVRY.

Quand il y a une urgence médicale, la surveillante appelle la "gradée" qui vient constater le problème et appelle à son tour le médecin de garde¹. Le médecin vient alors examiner la patiente et décide de la conduite à tenir. En cas de contractions chez une femme enceinte la procédure est la même qu'en cas d'hospitalisation et la parturiente est conduite à l'hôpital en ambulance. Dans ce cas, l'Administration Pénitentiaire demande alors des accompagnateurs (une surveillante et un surveillant) et prévient le commissariat de la nécessité d'une garde policière. « Aujourd'hui cela se passe bien sauf si beaucoup de détenus hommes et femmes sont hospitalisés ». En effet, pour le commissariat, Il n'y a pas de possibilité pour plus de trois gardes simultanées à l'hôpital d'Evry ». Il y a bien une circulaire de 1963 qui peut dispenser de la garde mais la directrice arrivée depuis deux ans ne l'a pas encore utilisée.

L'accouchement à L'hôpital LM.

L'accouchement :

Mme a accouché par césarienne à l'hôpital Louise Michel à 3 heures 25 du matin. Le bébé allait bien. Elle a été ensuite conduite, avec son bébé, dans une chambre du service de maternité avec télévision. Les deux gardes policières étaient à l'extérieur de la chambre qui est restée entrouverte. Au sujet de cette garde policière : « eux aussi s'emmerdaient », « c'est des êtres humains comme nous », « c'est leur boulot », « peut être qu'ils sont là car il y a longtemps une femme a tenté de s'esquiver ».

Le séjour à la maternité :

Le lendemain de l'accouchement, comme le bébé était agité, Mme a dit au pédiatre qu'elle prenait du SUBUTEX et l'enfant a été mis sept jours en observation en pédiatrie. Elle avait le droit avec son escorte policière de voir le bébé.

Dans les jours qui ont suivi le juge d'application des peines est venue deux fois à l'hôpital et le pédiatre lui a expliqué que l'on allait lui proposer d'aller dans un foyer mère-enfant au Vésinet.

Liens avec la famille :

Avant l'accouchement Madame avait droit au parloir mais ceux-ci sont peu commodes pour les femmes enceintes. Après l'accouchement, l'éducateur a averti la famille à Orléans mais ne leur a pas dit qu'ils pouvaient venir voir le bébé.

Avant 1994, les détenues allaient passer le dernier mois de la grossesse à l'hôpital de Fresnes et accoucher à l'Hôtel Dieu. Depuis cette date, par convention, l'hôpital LM assure l'accouchement, le

¹Les gardes de 24 heures sont effectuées par un généraliste, en liaison avec les urgences de l'hôpital d'EVRY.

suivi des grossesses pathologiques et les urgences gynéco-obstétriques. En cas de nécessité, des rendez-vous de consultation sont programmés dans un autre hôpital public.

La préparation à l'accouchement est impossible à organiser à l'hôpital car le nombre de femmes est réduit (cinq à six par an) et les grossesses sont de termes différents. La consultation d'anesthésie avant l'accouchement est effectuée à Louise Michel.

Habituellement, c'est le médecin généraliste de l'UCSA qui fait le diagnostic de début de travail. Une ambulance la conduit à la maternité de l'hôpital, accompagnée de deux surveillants de FM. Même en cas de césarienne ou d'accouchement provoqué, la détenue n'est pas informée de la date prévue pour des raisons de sécurité.

A son arrivée, la femme enceinte est prise en charge par l'équipe hospitalière. Elle est alors conduite en salle de travail. Puis, la garde policière du commissariat d'Evry prend la relève. Il est fréquemment demandé que la porte de la salle d'accouchement soit entrouverte ce qui est très mal vécu par l'équipe hospitalière.

La durée du séjour pour des accouchements sans complications est habituellement d'une semaine. De fait, pour les détenues, les sorties ne se font pas en fin de semaine mais le lundi. Certains professionnels hospitaliers sentent la pression de l'Administration Pénitentiaire qui, pensent-ils, voudrait « raccourcir le séjour des mères ».

Dans le service de la maternité, il y a deux chambres à l'écart réservées aux détenues de FM. Il n'y a pas de chambres sécurisées à Louise Michel. Il en a été question en 1997 mais à l'époque, le projet n'avait pas été appuyé par le médecin inspecteur de la DASS.

Les détenues sont gardées nuit et jour par deux policiers et sortent sous escorte pour aller prendre une douche ou donner, en compagnie de la puéricultrice, des soins à leur bébé. L'équipe hospitalière vit très mal la surveillance policière : « Ils maintiennent la porte de la chambre ouverte et la nuit regardent la TV dans la chambre en jouant aux cartes alors que la mère et l'enfant voudraient dormir ». « Bien que les chambres soient choisies à l'écart et qu'on ait installé deux fauteuils pour qu'ils puissent se reposer, ils font du bruit ». D'après les entretiens avec les professionnels « Les détenues sont ou très gênées par cette présence policière devant le regard des autres mamans ou alors fières d'être considérées comme des personnes importantes ».

Pour la psychologue, les femmes vivent très positivement leur séjour à la maternité car elles sont considérées comme des femmes et non comme des détenues. Toutefois elles veulent rentrer rapidement à la nursery de FM car « paradoxalement, là-bas, elles ont plus de liberté ». Pendant leur séjour à la maternité de LM, les détenues n'ont pas d'argent pour téléphoner ni pour s'acheter des timbres ou des cigarettes. En principe, les visites aux bébés et à la maman sont interdites pour des questions de sécurité. Il semble qu'il n'y ait pas de local réservé à cet effet et les médecins pensent que ce n'est pas à eux à organiser les visites.

Le retour à la nursery

« Notre pédiatre exige qu'avant le retour de FM les femmes puissent assumer les soins aux nouveaux-nés et parfois, dans le cas par exemple de toxicomanie, on est obligé de les garder longtemps ». Le médecin Chef demande à ses praticiens hospitaliers de faire un travail d'évaluation avant la fin du séjour afin de déterminer si une femme peut garder un bébé. Certains professionnels sont contre le fait de prendre cette décision : « Avons nous le droit de faire un nouveau tribunal pour décider si une femme peut garder son enfant ? ».

Après l'accouchement Une consultation gynécologique de contrôle est organisée un mois après l'accouchement par le gynécologue de l'UCSA.

➤ **Prise en charge sanitaire des enfants**

Un pédiatre libéral consulte dans un cabinet médical au sein de la nursery deux matinées par mois. Il consultait avant janvier une fois par semaine. L'équipe petite enfance de la nursery est actuellement réduite à l'éducatrice. L'infirmière de l'UCSA, qui travaillait en intérim à la nursery depuis les départs de la puéricultrice et de l'auxiliaire de puériculture, est partie depuis le mois de novembre.

Avant la naissance

Le pédiatre de la maternité voit rarement les femmes enceintes. Il peut être conduit à les rencontrer avant l'accouchement afin de préparer la prise en charge néonatale du bébé. Celle-ci peut se produire en cas de menace d'accouchement prématuré, de toxicomanie de la mère et de sevrage du bébé ou à l'occasion d'un diagnostic anténatal positif.

Après la naissance

Les consultations médicales du bébé : « avant janvier il y en avait une toutes les semaines mais maintenant, c'est tous les quinze jours. Le carnet de santé est gardé par la maman, quelquefois on pesait le bébé même quand le pédiatre n'était pas là, comme à la PMI.

Dans la pharmacie on avait que des vieux médicaments comme le CLAMOXYL, il n'y avait pas beaucoup de nouveaux médicaments. Quand SOS médecins était appelé les médicaments prescrits dans l'ordonnance n'étaient jamais ceux qui étaient donnés !(.....). Les consultations médicales spécialisées aux bébés : on permettait aux mamans d'accompagner son bébé mais prend l'exemple de son amie zaïroise qui avait accompagné son bébé à l'ORL mais avec de menottes. »

Le pédiatre hospitalier voit les bébés tous les jours en présence de la mère. Il établit ainsi un lien avec les mères mais il considère qu'il est difficile d'évaluer ce lien dès la première semaine de vie. Selon le praticien «c'est surtout avant et après l'accouchement qu'il faudrait travailler ».

En quatre ans il n'y a eu qu'un ou deux problèmes médicaux graves en périnatal mais il n'y a pas de statistiques particulières concernant les bébés des détenues.

Le praticien a effectué depuis 1995 cinq à six "signalements" au Procureur de la République ou à la PMI, pour enfant en situation de risque de danger, il me cite l'exemple d'une femme incarcérée pour infanticide qui accouche de son deuxième enfant. Aucune mesure particulière n'avait été prise pour accompagner cette mère et son enfant : « d'ailleurs personne n'était au courant de ce qui se passait, pas même le juge ! Rien n'était prévu pour cette femme et son enfant. Si je n'étais pas intervenu, cette femme aurait été enfermée avec son enfant pendant treize heures ce qui est très pathologique même pour une femme en pleine santé ».

Quand le bébé quitte la maternité et qu'il y a un problème médical le praticien hospitalier remet au personnel pénitentiaire le carnet de santé de l'enfant ainsi qu'une lettre au pédiatre de la nursery.

A la nursery

Le pédiatre libéral examine régulièrement les enfants. Selon lui, l'équipement médical du cabinet de consultation est comparable à son cabinet de ville. Les consultations se font en présence de la maman qui apporte le carnet de santé et de la puéricultrice ou l'éducatrice. Les médicaments prescrits par le médecin sont immédiatement distribués aux mères.

Le dossier médical reste à la nursery. Si dans l'intervalle des consultations, l'enfant est malade, SOS médecins est appelé. Quand il y avait une puéricultrice, elle accompagnait les enfants à l'extérieur s'il y avait besoin d'une consultation spécialisée. Les bébés sont fouillés à la sortie et à l'entrée sans la présence des mamans.

A propos des enfants en risque de danger, le pédiatre dit en boutade « ils sont tous en danger ! ». Il s'explique après en parlant de la délinquance familiale de la mère et du déracinement social ou ethnique (beaucoup d'enfants sont originaires de pays étrangers). Les « signalements » sont surtout faits au moment de la sortie pour les mères toxicomanes et sont adressés aux services sociaux.

A la lecture des entretiens il s'avère que lorsque les éducateurs ont un doute, ils se mettent en relation avec l'ASE ou la PMI. Le contact est soit établi directement soit par l'intermédiaire de l'éducatrice ou du pédiatre.

Le psychiatre du SMPR a déclaré n'avoir de missions spécifiques « qu'envers les personnes détenues et non envers les personnes qui les accompagnent ». L'action sur les bébés ne peut être qu'indirecte envers les mamans en agissant sur le lien mère-enfant. Il n'a jamais eu besoin de faire appel au secteur de psychiatrie infantile.

Appel de médecins en urgence

Le directeur du SAMU de l'Essonne nous a déclaré que les appels depuis la nursery ne sont pas très nombreux, ils surviennent surtout de jour et sont sans gravité. L'accessibilité du SAMU à la nursery est considérée comme bonne.

En 1998, il n'y a eu que quatre appels. Deux d'entre eux concernaient des femmes à terme sur le point d'accoucher. Un autre était relatif à un bébé atteint d'un petit syndrome viral sans gravité. La seule urgence réelle qui a nécessité une hospitalisation était un bébé présentant une bronchiolite.

En 1999 (jusqu'au mois de décembre), il n'y a eu qu'un appel pour une femme enceinte (au terme inconnu) ayant fait une fausse couche sans gravité.

SOS Médecin de l'Essonne intervient dans les locaux de la nursery régulièrement. Les appels concernent essentiellement les bébés et beaucoup plus rarement les adultes. Le nombre des interventions varie entre dix et vingt-cinq fois par mois. Ils interviennent de jour comme de nuit mais plus fréquemment le week-end. Les pathologies des enfants sont le plus souvent bénignes, et l'hospitalisation est rare.

Les consultations s'effectuent en présence de la maman et d'une personne responsable (toujours la même, auxiliaire ou éducatrice) dans une petite salle réservée à cet effet. Le choix des prescriptions médicamenteuses se fait parmi les médicaments contenus dans l'armoire à pharmacie. La rémunération est réglée par l'Administration Pénitentiaire dans un délai de deux mois (ce qui est comparable aux règlements du tribunal de police), quelquefois après relance mais rarement.

c) La coordination des soins

Un dossier médical unique à l'UCSA

Chaque femme a un dossier médical. Tous les intervenants médicaux (médecins généralistes et spécialistes) et paramédicaux y notent leurs observations et leurs prescriptions. Le dossier comprend des fiches de couleurs différentes selon les spécialités. De plus, il contient une fiche pour les infirmières et une feuille pénale établissant les motifs d'incarcération des détenues et le cas échéant le type de condamnation. Une pochette d'examens complémentaires est contenue dans le dossier. Les dossiers sont stockés dans une armoire et sont accessibles à tous les intervenants médicaux. La nuit, le local est fermé et les clés sont chez les surveillants. Le médecin de garde doit les lui demander pour y avoir accès, de même pour la pharmacie.

Pendant la grossesse le dossier utilisé est le dossier UCSA et tous les intervenants médicaux et paramédicaux y notent leurs observations. A partir de l'accouchement, la maternité utilise un dossier médical spécifique, conservé dans le service de maternité. Celui-ci est conjoint pour la mère et

l'enfant. « Après l'accouchement le compte-rendu est envoyé à l'UCSA par courrier ou par téléphone, le gynécologue du service assurant les consultations à l'UCSA doit faire la liaison ».

Secret partagé et confidentialité

A Fleury-Mérogis «tout se sait et il est impossible d'assurer la confidentialité». Dans le dossier de la parturiente figure la feuille pénale (ce qu'a fait la détenue, qui est son juge et sa condamnation). « C'est un gros mensonge de parler de secret médical » ; les surveillants de nuit ont accès aux dossiers. A l'hôpital souvent dans l'urgence du départ, la feuille pénale reste dans le dossier médical et les femmes racontent souvent leurs vies privées notamment aux sages-femmes.

d) Prévention et éducation pour la santé

Le service d'insertion et de probation coordonne les actions d'éducation pour la santé en liaison avec l'UCSA à raison de quatre actions par an. Le choix des thèmes est assuré par jonction avec le Comité Français d'Education à la Santé (CFES) et la Croix Rouge. Le projet en cours est sur la prévention des risques domestiques. Il n'existe pas d'actions spécifiques d'éducation pour la santé autour de la maternité et la périnatalité.

Il n'y a pas d'action d'éducation pour la santé organisée par l'UCSA si ce n'est individuellement par les infirmières au moment des soins. Celles-ci souhaitent réaliser un projet d'éducation pour la santé sur la contraception afin de sensibiliser et d'informer les femmes autour de ce problème. Pour cela elles se sont mises en relation avec le CFES. Les deux gynécologues ne se sont pas montrés trop enthousiastes vis à vis de ce projet. Par contre, la psychologue va leur apporter de la documentation. Le thème de la prévention suscite des réactions telles que: « On ne fait pas de préventif, on ne fait que du curatif ! »

Au sein de l'UCSA : il n'y a pas de consultation gynécologique préventive. Quelle que soit l'ancienneté du dernier frottis, la femme n'est adressée au spécialiste que si le généraliste suspecte une infection ou une anomalie gynécologique. Le praticien explique sa position : « il n'est pas nécessaire de mettre en place de dépistage systématique car les femmes sont de passage et n'auront peut être pas de prise en charge gynécologique par la suite. En cas de remise en liberté, cela peut représenter une fausse sécurité pour la femme d'avoir eu un dépistage sans avoir eu nécessairement les résultats ».

Toutefois le gynécologue dit réaliser plus de frottis du fait de la fréquence des pathologies virales. Il adresse à l'Hôpital de Fresnes une dizaine de patientes pour "conisation" et dépiste environ un cancer gynécologique par an.

La contraception est une question qui paraît incongrue au gynécologue : « pendant la détention, elle n'a pas besoin de contraception et les sorties pendant la détention sont rares ». Quelquefois des femmes demandent la pose de stérilet mais le gynécologue refuse car « l'hygiène des femmes n'est

pas très bonne et c'est exceptionnel qu'une femme le lui demande avant sa sortie ». La contraception orale n'est prescrite que rarement et que pour régulariser les cycles.

e) Continuité des soins et contact avec les familles

Les médecins ont des difficultés pour assurer cette continuité entre le milieu pénitentiaire et l'extérieur. Les raisons citées sont que les femmes ont rarement un médecin traitant attitré et la date de la sortie n'est pas toujours programmée et/ou prévisible. Quand il y a un lieu connu de résidence, les praticiens font un courrier pour le médecin qui suivra la patiente et/ou téléphone pour prendre contact. Les résultats des examens médicaux sont confiés aux femmes à leurs sorties. L'UCSA travaille en lien avec le service de probation et d'insertion pour que les personnes en situation irrégulière aient des aides médicales d'urgence à la sortie mais, souvent les personnes en situation irrégulière qui n'ont pas été extradées à leur sortie de prison évitent les liens sociaux.

De plus, il apparaît qu'à l'extérieur de la prison, la conservation des droits relatifs à la protection sociale est problématique pour les sans domicile fixe.

Concernant les soins psychologiques, un contact est pris avec le centre médico-psychologique quand le futur lieu de résidence est connu. Mais de nombreuses femmes ne veulent pas que l'on sache qu'elles sortent de prison. Assurer la continuité des soins demande un « travail nécessaire sur le dire ou le pas dire ». « Quand les personnes sont sans domicile fixe, on leur communique des adresses comme "le bus Méthadone", l'Orangerie où le *Subutex* est gratuit pendant trois mois ou le SRAIOPS (relais en attendant le foyer) ».

Pour les bébés, l'éducatrice et le pédiatre orientent les mamans vers la PMI pour le suivi des bébés.

Les contacts (que ce soit par téléphone ou par courrier) entre les intervenants médicaux et les familles de détenus sont très rares.

2.2.2.4 Articulation entre les différents services et institutions.

Une articulation difficile pour tous

Beaucoup déplorent cet état de fait : « Il n'y a actuellement pas de liens ni coordination entre le sanitaire, le social et le psychologique et encore moins entre le sanitaire et le psychologique alors que l'on devrait profiter de la détention pour que la femme puisse s'occuper harmonieusement de son enfant et forger avec lui un lien de qualité ». Ainsi un des professionnels cite l'exemple récent de ce

signalement au Procureur de la République réalisé sans concertation avec les services de l'UCSA et du SMPR.

Communication et relations entre les services de soins

Les relations à l'intérieur de chaque groupe de soignants ne sont pas non plus aisées. L'articulation des soins entre les divers intervenants semble difficile. Ce thème de l'organisation suscite des commentaires comme : « La prise en charge sanitaire est très chaotique, chacun s'occupe dans son coin » ou encore : « Il y a une mésentente entre les services de l'UCSA, du SMPR et le service de gynécologie obstétrique de LM. Chacun a son opinion et chacun a son protocole de prise en charge ». La communication entre les différents professionnels (UCSA, SMPR et hôpital LM) s'effectue surtout par contacts téléphoniques et très peu par courriers ou réunions. Certains disent préférer les rencontres informelles au hasard des couloirs.

Les attributions et l'articulation entre le SMPR et l'UCSA ne sont pas très claires pour les autres intervenants notamment pour les délivrances de traitements substitutifs. Il semblerait que le *Subutex* est prescrit par le généraliste et la *Méthadone* par le psychiatre du SMPR. Les transmissions d'informations sont aussi sujettes à critiques.

La Chef de service de gynécologie obstétrique a du mal à se positionner avec les services de l'UCSA et comprendre quel est son rôle à l'intérieur de la MAF « (...) ce que je sais, c'est que le médecin Chef de l'UCSA siège à la même Commission médicale d'établissement que moi » et de continuer : « L'hôpital d'EVRY est lié à l'UCSA par une convention mais chacun fait de son côté ce qu'il veut ! ».

Ces dysfonctionnements existent aussi à l'intérieur des services

La coordination n'apparaît pas satisfaisante pour les professionnels du service de gynécologie obstétrique : « il n'y a pas de réunion institutionnalisée pour les femmes de FM, pour les autres des réunions commencent juste à se mettre en place ». Les deux gynécologues ne se voient jamais et la gynécologue libérale ne vient jamais aux staffs de l'hôpital.

Les infirmières de l'UCSA se sentent un peu délaissées par les médecins. Elles ne participent pas aux réunions de service et regrettent la période où les médecins leur donnaient des cours une fois tous les quinze jours mais depuis « c'est tombé dans les oubliettes ! ».

Les deux psychiatres du SMPR ne semblent pas communiquer de façon harmonieuse.

Les difficultés de communication concernent aussi les autres institutions en présence. Ainsi, des dissensions opposent les services pénitentiaires, les services sanitaires et les magistrats. Pour la JAP par exemple elle se dit gênée dans son action par la masse de travail. L'absence d'informatisation du

service d'insertion et de probation semble être un frein à la communication entre les professionnels de Justice. Le SPIP est actuellement sans chef d'antenne, se dit désorganisé et en sous effectif.

L'Administration Pénitentiaire est en pleine mutation et se doit d'ouvrir ses portes à de nouvelles institutions telles la PMI. Lors des réunions pluri-institutionnelles, les relations entre les deux protagonistes n'ont pas été aisées.

Entre les institutions

Les difficultés d'articulation concernent également le secteur sanitaire avec le service de probation et d'insertion : « ils sont débordés et quinze jours après rien n'est fait ». Tous ne sont pas du même avis et certains apprécient leur travail. Toutefois le problème du respect du secret médical semble se poser à beaucoup d'entre eux.

Les personnels de la nursery et de l'hôpital souhaitent plus de liens et de cohérence dans leur travail d'articulation. Ainsi l'éducatrice de jeunes enfants dit : « il y a peu d'échanges entre l'hôpital et nous et c'est dommage ! ». La psychologue qui anime un groupe de parole pour les femmes enceintes à la nursery déclare à propos des surveillantes : « On n'arrive pas à travailler ensemble car elles dépendent de l'Administration Pénitentiaire et moi de l'hôpital. ».

Absence de coordination entre le sanitaire et les magistrats

Plusieurs interlocuteurs ont évoqué leur incompréhension du mode de fonctionnement du système judiciaire. Ils déclarent ne pas savoir comment s'articuler avec eux. Une des plaintes qui revient fréquemment concerne l'arrivée et le départ inopiné des personnes détenues. « En détention, les femmes arrivent à n'importe quel moment et elles repartent à n'importe quel moment. Cela ne facilite pas le suivi de grossesse ». Cette absence d'information semble être une gêne à la continuité de la prise en charge sanitaire : « Le système des libérations est tel que vous ne pouvez pas savoir si demain vous revoyez les mêmes personnes ».

Les praticiens hospitaliers trouvent que l'on ne favorise pas assez les liens avec la famille et en particulier avec le père. Ils se demandent comment faire pour que durant le séjour à la maternité, les femmes aient droit aux visites de leurs proches. Ils n'acceptent pas non plus la garde policière ni le port systématique des menottes pendant le transport en ambulance.

Les alternatives à l'incarcération pour les femmes enceintes et les jeunes mères ne leur semblent pas assez utilisées. De plus, les professionnels se posent le problème des intervenants qui ont légitimité pour saisir le JAP à propos d'une situation familiale ou sanitaire nécessitant à leurs avis des aménagements de peine.

Afin d'explorer de façon plus approfondie ce thème, nous avons pris contact avec le Juge d'application des peines. Celle-ci regrette également le manque de coordination entre les différents intervenants y compris entre les juges eux-mêmes. Elle analyse ce manque de coordination comme la conséquence de la complexité de cette prise en charge

La Juge d'application des peines va tous les quinze jours à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, elle y rencontre les conseillers d'insertion, s'entretient avec les détenues et siège à la commission des peines^m.

Il y a eu récemment plusieurs réunions pluri-institutionnelles pour décider des modalités d'articulation avec le JAP. Ce magistrat est favorable à ce que tout professionnel qui le désire puisse la contacter pour un éventuel aménagement des peines. Les aménagements de peines possibles sont la semi-liberté, le travail d'intérêt général, la libération conditionnelle et le placement extérieur.

Pour elle, il est important de «pouvoir se projeter sur le milieu ouvert et de faire le lien avec la sortie ». Pour ce faire, l'accord au préalable de la détenue est nécessaire. De plus il est essentiel que cette demande soit coordonnée avec l'Administration Pénitentiaire et le service des conseillers d'insertion et de probation.

A propos des sorties non prévisibles qui empêcheraient une prise en charge de qualité, le JAP estime que leurs fréquences sont exagérées. Il n'y a que deux cas où la libération n'a pu être prévue : en cas de détention provisoire ou de grâce présidentielle. En dehors de ces deux cas de figure, un aménagement de peine préparé avec le corps médical peut être envisagé avec le juge.

Le port par la détenue de menottes est décidé par l'escorte et l'Administration Pénitentiaire. Si le JAP est saisi de cette question, elle a compétence pour statuer sur la possibilité de lever cette obligation.

La magistrate considère que les visites de la famille et du père de l'enfant sont importantes. Elle n'est pas opposée aux visites à la maternité quand elles sont possibles pénalement : « on ne reconnaît pas assez la place du père et on ne favorise pas assez sa place ».

Elle qualifie de « pesanteur bizarre » la situation de lutte actuelle concernant les gardes statiques. En 1995 les trois juges d'application des peines ont rédigé une convention dans ce sens avec l'hôpital d'EVRY qui n'a jamais été signée.

Depuis le décret du 8 décembre 1998 modifiant le Code de Procédure Pénale (art D 131), la convention n'est plus obligatoire. De ce fait pendant l'hospitalisation, un placement extérieur peut être aménagé. Dans ce cas la garde policière n'est plus nécessaire et la femme enceinte ou la jeune accouchée peut recevoir des visites.

Si on lui expose le cas d'une détenue ne présentant pas de signe de dangerosité et que les conditions pénales sont réunies, elle donnera l'autorisation en vue d'un placement extérieur. Dans ce cas, les

^m Le JAP participe tous les quinze jours à la commission d'application des peines, au cours desquelles, elle prend les décisions concernant les peines. Les membres de droit (qui ne donnent qu'un avis consultatif) de cette commission sont la Direction, le Procureur de la République, le Chef de Service des conseillers d'insertion et de probation (les éducateurs peuvent venir). Le corps médical n'est pas membre de droit mais peut participer à titre consultatif. Dans la pratique, l'UCSA assiste aux commissions mais le SMPR ne souhaite pas y venir.

évasions ou les incidents éventuelles relèveront de sa responsabilité. Et l'hôpital n'a comme obligation que de la prévenir le plus précocement possible.

Le JAP n'a pas de compétence pour les personnes prévenues. Toutefois, elle peut servir d'intermédiaire pour entrer en contact avec le juge d'instruction.

Pour les détenues en situation irrégulière avec interdiction de résider sur le territoire français, le JAP n'a aucune compétence. La seule décision qui peut être prise (pas de façon systématique) est l'autorisation de sortir sous escorte pour des destinations bien précises comme la crèche ou des consultations spécialisées pour le bébé.

ANALYSE ET PROPOSITIONS

Au cours de cette discussion, nous analyserons les résultats des enquêtes afin de cerner les besoins de la population étudiée. Ensuite, nous exposerons nos propositions en vue d'une meilleure adéquation entre ces besoins et la prise en charge sanitaire et sociale.

2.3 ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

2.3.1 Offre de soins

2.3.1.1 Offre de soins pour les femmes enceintes et les jeunes mères

Etat de santé

Il semble globalement satisfaisant pour les professionnels de santé interrogés. Les principaux constats sur l'état sanitaire :

- Les pathologies les plus fréquentes semblent liées à la toxicomanie et ses conséquences.
- Le dentiste a insisté sur le mauvais état de la dentition consécutive à la consommation de drogues et le manque de motivation des détenues à se faire soigner en dehors des périodes d'algies dentaires.

Par ailleurs, les grossesses pathologiques sont peu nombreuses et les accouchements sont globalement à terme et sans particularités majeures. L'appel du SAMU en urgence est très rare.

Des moyens médicaux satisfaisants

UCSA

Les moyens en personnel ont été renforcés de façon considérable depuis la réforme de 1994. Au vu des entretiens avec les détenues et les professionnels de santé, de l'observation et du planning affiché, nous pouvons déduire que le nombre et la qualification des personnels de soins semblent satisfaisants. Le nombre de consultations et l'amplitude horaire d'ouverture de l'UCSA le sont également. Les locaux sont fonctionnels et bien équipés. Le matériel médical est de qualité et ne semble pas faire défaut. Toutefois, le gynécologue nous a fait part de son souhait de voir renouveler l'appareil d'échographie de la MAF qui a plus de dix ans d'ancienneté.

Selon notre analyse, l'absence d'informatisation de l'UCSA est préjudiciable à l'organisation du service ainsi qu'à son évaluation. Cette absence de lisibilité du parcours du patient, tout au long de sa prise en charge, nous semble problématique.

D'autres travaux ont mis en évidence dans les UCSA d'autres centres pénitenciers la même difficulté¹². La circulaire de décembre 1994ⁿ fait état d'une fiche épidémiologique à remplir lors de la visite médicale obligatoire d'entrée en maison d'arrêt. La seule exploitation à ce jour de ces fiches est l'étude nationale de la Drees¹⁴ publiée en 1999.

Cette informatisation demande que soit ouvert un débat entre les professionnels de santé sur les données destinées à être stockées ou utilisées dans les programmes informatiques ainsi que sur la nature des traitements qui leur sont appliqués.

SMPR : Le psychiatre rencontré ne fait pas état de besoins en moyens supplémentaires.

La prévention et l'éducation pour la santé sont oubliées

Au vu des entretiens, il semble qu'il y ait peu de soins de prévention en matière de toxicomanies et d'hygiène bucco-dentaire. Les femmes ne bénéficient pas de soins de dépistage en gynécologie. Il n'y a pas d'information à propos de la contraception et peu de contraceptifs sont prescrits.

Au vu des entretiens, ce domaine de la santé semble oublié de même que l'éducation à la santé.

En 1997, la Direction des hôpitaux avait publié un bilan de la mise en œuvre de la réforme de 1994 qui insistait sur la nécessité de mettre à profit le temps d'incarcération pour amener les personnes détenues à prendre en charge leurs problèmes de santé et à poursuivre leur traitement après leur libération¹⁶. Cette démarche d'éducation pour la santé implique la mise en place de programmes d'actions spécifiques de prévention et d'éducation pour la santé associant étroitement le personnel pénitentiaire¹⁷.

Ainsi, cette démarche pourra accompagner les femmes et les enfants vers une plus grande autonomie. La responsabilisation des mères vis à vis de leurs enfants pourrait conduire la dyade à se vivre en personnes sociales. L'objectif étant la socialisation des personnes qui ne se vivront plus comme des sujets passifs mais en personnes responsables de leur santé.

L'accompagnement éducatif, en matière de santé d'une population de détenus, relève simultanément des dimensions organiques, psychologiques et sociales de la santé¹⁸. Nous voyons bien alors l'intérêt d'une action conjointe, coordonnée et finalisée des différents services au sein de la maison d'arrêt

ⁿ Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.

Continuité des soins à la libération ; un pari impossible ?

La préparation des relais sanitaires, au terme de la période d'incarcération, en liaison avec les services de l'Administration Pénitentiaire a été prévue par la réforme de 1994 et sa circulaire^o.

Elle semble actuellement être pratiquement inexistante. Les raisons évoquées sont la méconnaissance des dates de sortie des détenues, l'absence de médecin traitant et le désir des femmes d'oublier leurs passages en prison. Il semble que pour les bébés, la continuité des soins soit assurée par l'intermédiaire des services de la PMI et que cela soit bien accepté par les mères.

Pour les détenues connaissant leur lieu de résidence, nous pouvons nous demander si le seul fait d'écrire à un autre médecin susceptible de revoir la patiente est suffisant pour assurer cette continuité. Celle-ci nécessite l'assentiment volontaire de la patiente. Elle demande aussi au thérapeute de considérer que la santé est la résultante de l'histoire sociale, médicale, affective etc... de la patiente. Travailler dans une perspective de continuité des soins sous-entend qu'un travail de préparation ait été effectué pendant l'incarcération. Cela signifie également qu'un travail de partenariat et de décloisonnement entre les différentes institutions en présence se mette en place.

2.3.1.2 Offre de soins pour les bébés

Les bébés à la naissance ne présentent pas de gros problèmes mis à part les problèmes de sevrage et une légère hypotrophie fœtale.

Les nourrissons semblent en bonne santé et ne présentent généralement pendant les deux premières années de vie que des affections aiguës banales. Un seul enfant a été hospitalisé en 1999 à la suite d'une bronchiolite. Le SAMU de l'Essonne intervient très peu (une fois en 1999) et pour des pathologies le plus souvent bénignes. SOS médecin, par contre, intervient plus fréquemment entre dix et vingt-cinq fois par mois pour des interventions bénignes et généralement le week-end.

L'offre de soins actuelle est constituée par les consultations régulières du pédiatre de ville et les interventions en cas d'affections aiguës de SOS médecins.

A la lecture de ce constat, nous pouvons émettre plusieurs remarques. La fréquence des interventions de SOS médecin met en évidence le besoin des enfants en bas âge d'avoir deux types de suivis. L'un pour assurer les soins préventifs et l'autre pour assurer les « urgences » de faible gravité. C'est pourquoi, l'organisation de la prise en charge demande à être réadaptée. Il faudrait, alors envisager de nouvelles modalités d'interventions du pédiatre qui travaille au sein de la nursery depuis de nombreuses années. L'arrivée prochaine de la PMI demande que soit repensée l'organisation des soins aux bébés.

^o Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.

2.3.1.3 Articulation entre les divers intervenants de santé

La transmission des informations et l'articulation entre les divers intervenants sanitaires ne semblent pas être harmonieuses. Les causes possibles des dysfonctionnements constatés sont diverses.

D'une part, il apparaît que les services se trouvent pour la plupart dans une période de situation de réorganisation interne. Ainsi, l'hôpital d'Evry, est en processus de rapprochement (à type de fusion) avec l'Hôpital de Corbeilles. L'UCSA vient récemment de changer de médecin Chef.

La convention entre le service de gynécologie obstétrique de LM et l'UCSA apparaît purement théorique. Or l'implication des hôpitaux de proximité a été instituée par la réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994. Et, comme l'écrit O Brixi¹⁹ : « c'est là un acte de réinsertion des personnes détenues dans les filières de droit commun ». Le fait qu'en l'an 2000, la réforme ne soit toujours pas appliquée conduit à penser, comme le docteur Obrecht l'écrivait en 1997²⁰, que la réforme des soins en milieu carcéral est encore « au milieu du Gué ».

D'autre part, les communications entre les services se font de façon informelle. Ces rencontres au hasard des couloirs ou par téléphone ne facilitent pas les échanges réguliers et finalisés. Toutefois des réunions se mettent en route à l'heure actuelle.

2.3.2 Articulation entre le domaine sanitaire et judiciaire

La sociologue C Rostaing²¹ a écrit : « la présence des enfants complique l'organisation de la prison (...). Les conditions d'incarcération doivent conjuguer des contraintes de sécurité pour les mères détenues, des objectifs de réadaptation sociale en vue de leur libération et le respect des normes sanitaires pour les enfants. ».

Cette difficulté d'articulation concerne les différents partenaires des domaines sanitaires et sociaux mais aussi les intervenants à l'intérieur d'une même institution. Elle peut être interprétée comme le résultat de la complexité de la prise en charge. L'organisation actuelle ne semble pas favoriser une coordination et une articulation de qualité. Il apparaît, en effet, qu'il n'y a pas de véritables liens entre les différents intervenants. « C'est plutôt du "saucissonnage" ». Les dysfonctionnements concernent les relations à l'intérieur des services, et celles entre les diverses institutions.

Les médecins rencontrés soulignent la difficulté ou l'absence d'articulation avec les juges. Ils ressentent leurs décisions de sorties des détenues comme une gêne à la poursuite et à la continuité

des soins. Par ailleurs ils souhaiteraient que les peines soient aménagées selon l'état de santé et les charges familiales des femmes incarcérées.

Le service de gynécologie de LM accepte mal la présence de gardes policières dans l'établissement et préférerait des chambres sécurisées.

En réponse, la Juge d'application des peines considère que ces cas de sortie non prévisibles ne sont pas si fréquents et se dit disposée à étudier toute demande d'aménagement de peines formulées par les médecins si celle-ci a été préparée avec l'Administration Pénitentiaire. Par exemple un placement extérieur qui ne nécessite pas de gardes policières peut très bien être envisagé à la maternité par le JAP.

Les échanges entre les services médicaux et les services de l'AP sont difficiles du fait de la confidentialité. Le respect du secret médical est essentiel pour sauvegarder la confiance entre la patiente et son thérapeute. Toutefois, il est peut-être possible d'imaginer un certain partage des informations avec le SPIP, avec bien sûr comme préalable, l'accord indispensable de la détenue.

2.3.3 Les conditions de détention

2.3.3.1 La nursery

Si nous considérons les trois dernières années, nous pouvons remarquer la diminution régulière de la fréquentation de ce service qui en 1997 avait accueilli 35 femmes enceintes puis 23 en 1998 et 19 en 1999. Le nombre de femmes qui ont accouché à LM est lui aussi en baisse et est passé de 13 en 1997 à 7 en 1999. Les enfants sont passés de 21 en 1997 à 12 en 1999.

Afin de savoir si cette baisse de fréquentation est récente, nous avons étudié les chiffres de 1999 et les avons comparés à ceux de 1990¹³. Cette année là, la nursery de FM avait accueilli 30 enfants des 60 bébés de l'hexagone laissés auprès de leurs mères incarcérées. La même année, il y a eu environ 60 grossesses suivies à la MAF (mais on ne sait pas si elles résidaient à la nursery). Déjà à l'époque, on ne connaissait pas la fréquence des IVG (le bilan de l'AP citait 35 IVG pour la France entière).

Nous constatons donc que la baisse de la fréquentation n'est pas récente mais s'est accentuée ces trois dernières années. Cette baisse de fréquentation de la nursery peut être expliquée par plusieurs hypothèses.

- La première est l'évolution des pratiques des magistrats à l'encontre des personnes prévenues en charge de famille ou enceintes. Il semble que les juges prennent de plus en plus en compte le contexte familial pour éclairer leurs décisions. En ce sens, ils ont été précurseurs du projet de loi

relatif à la présomption d'innocence de février 2000. Ce texte stipule qu'un parent qui élève seul son enfant de moins de dix ans ne pourra pas être mis en détention provisoire.

- La deuxième hypothèse pourrait être la désaffection volontaire de la nursery par les détenues. En effet plusieurs intervenants ont souligné que les femmes enceintes se sentent isolées dans le quartier de la nursery. Elles ont moins de liberté (temps d'ouverture des cellules) qu'à la MAF et l'atmosphère du service est conflictuelle depuis plusieurs années.

Déjà en 1990, Catherine Rostaing²² dans son étude sur « le quartier des nourrices » a montré les relations complexes et souvent tendues qui se nouaient entre les différents acteurs en présence. Les conflits concernaient le personnel de surveillance, le personnel de petite enfance et les détenues. L'auteur interprétait ces antagonismes comme la conséquence du statut particulier des mères accompagnées de leurs enfants.

Le personnel de la nursery est nombreux, réparti inégalement durant le jour et la nuit et presque exclusivement féminin.

Le personnel pénitentiaire comprend deux équipes de trois surveillantes, une Chef d'antenne, une éducatrice de jeunes enfants qui travaillent à plein temps. De plus, plusieurs professionnels interviennent à temps partiel tels que les deux psychologues, le pédiatre libéral et maintenant la sage-femme et l'équipe PMI. Si l'on compare le faible taux de fréquentation de la nursery au nombre d'intervenants, nous sommes surpris par l'abondance du personnel.

De nuit par contre, il n'y a qu'une seule surveillante dans la nursery. Cette inadéquation de répartition du personnel explique peut-être l'angoisse ressentie par les détenues enceintes à l'approche du terme ainsi que par les puéricultrices.

2.3.3.2 Les conditions de vie en milieu carcéral

Au cours des entretiens nous avons constaté plusieurs atteintes et freins à la socialisation et à la responsabilisation des femmes enceintes et des jeunes mères.

L'état d'indigence

Si nous considérons les conditions de vie en milieu carcéral des femmes et des enfants, ce qui nous frappe tout d'abord c'est l'état d'indigence dans lequel vivent certaines détenues. Cet état ne fait souvent que reproduire la situation de précarité d'avant leur incarcération. Les raisons pouvant expliquer ce phénomène sont multifactorielles.

Outre l'état de dénuement financier fréquent de leur entourage familial qui ne peut pas souvent leur envoyer beaucoup d'argent (de deux cents francs à neuf cents francs mensuels chez les détenues rencontrées), la non-perception des allocations familiales (allocation jeune enfant ou allocation parent isolé) aggrave ce phénomène.

Sans revenus, il n'y a pas de télévision, pas de possibilité de « cantiner », pas d'argent pour acheter les timbres ou les cigarettes. "Trafiquer" n'importe quoi représente alors une des solutions pour avoir l'illusion de continuer à avoir des échanges sociaux.

Une protection sociale effective mais perfectible

En terme de protection sociale, les conseillers d'insertion et de probation font le nécessaire pour que les détenues et leurs enfants soit affiliés ou ré-affiliés. Même si le délai peut être long, il n'y a pas trop de problème l'administration faisant l'avance des frais. En cela la réforme des soins et de la protection sociale de 1994 est appliquée.

Par contre se pose encore la question du délai de l'entente préalable pour les soins dentaires qui ne parvient souvent qu'après le départ des détenues.

Il subsiste également des difficultés pour l'affiliation à la sécurité sociale pendant l'incarcération des enfants de mères étrangères en situation irrégulière en France.

Le milieu carcéral est-il un lieu de non-droits ?

Le problème de la désaffiliation aux règles de droits contribue au processus d'exclusion dans lequel se trouvaient engagées les détenues avant leur détention et qui se poursuit à la maison d'arrêt. A la lecture des entretiens, il semble que plusieurs règles de notre société ne sont pas appliquées en détention tels le congé de maternité "maison" qui ne commence qu'après l'accouchement, la perception aléatoire des prestations familiales ou l'appellation systématique des femmes par le nom de jeune fille.

Humaniser les lieux demande que le milieu carcéral soit régi par les mêmes lois de droits communs qu'en milieu libre. Faire que les règles de vie en prison soient établies selon le droit, équivaut à faire savoir au détenu qu'il a des droits et des obligations. Et à partir de là, une réinsertion sera peut-être envisageable.

Les liens avec la famille ; la parentalité mise à mal :

Pendant la détention, les liens semblent conservés. Ce résultat est sans doute la résultante des efforts conjugués du service d'insertion et de probation et de l'association Relais Parents Enfants qui

favorisent les communications avec les familles au moyen des parloirs. Les contacts écrits sont plus difficiles par manque d'argent pour se procurer des timbres.

Les points qui nous semblent à améliorer prioritairement sont l'organisation des visites des familles à la maternité et les parloirs entre deux conjoints tous deux incarcérés.

Si la réinsertion sociale est un des buts de l'incarcération, alors maintenir et construire les liens familiaux entre les parents et leurs enfants apparaît fondamental. La parentalité étant le jeu complémentaire de l'exercice des fonctions maternelles et paternelles, il nous semble essentiel de maintenir les liens entre les deux parents et les enfants. En ce sens, l'absence de liens précoces entre le père et son bébé à la maternité est préjudiciable au développement futur de l'enfant.

Toute promotion de la santé repose sur la reconnaissance du rôle essentiel des parents, premiers responsables de l'accueil et des soins du nouveau-né ainsi que de son développement harmonieux. Le Service Public a pour mission de soutenir cette fonction parentale. La circulaire de 1999 sur les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leurs mères incarcérées expose les principes d'un renforcement de l'autorité parentale et de la responsabilisation des mères. L'application de ce texte signé par le seul ministère de la justice demande à être examiné avec les différents services et institutions en présence.

Le respect de l'exercice de cette parentalité est essentiel du point de vue juridique et cognitif pour le bien-être de l'enfant. Il est aussi important pour l'apprentissage de la citoyenneté de l'adulte qu'il sera demain. Ce respect de la détenue en tant que détentrice de l'autorité parentale est souvent mis à mal pendant l'incarcération. Les détenues sentent le soupçon de maltraitance que les professionnels eux même qualifient de fantasme. Comme l'a exprimé une des détenues interviewées, les mères ne se sentent pas reconnaître le droit de savoir ce qui est bon ou pas pour lui du point de vue de l'alimentation, du besoin en petit matériel de puériculture (tétine, quantité de lait corporel...) mais aussi du rythme de vie qui est dicté par le règlement pénitentiaire comme le silence obligatoire pour ne pas déranger les autres pendant les quatorze heures de tête-à-tête entre la mère et son enfant. Ce problème est d'autant plus aigu que les détenues, pour la plupart, sont d'origine étrangère et n'ont pas toutes la même approche du maternage qu'en France.

Le milieu carcéral n'est pas un lieu adapté pour le bébé.

Sa présence auprès de sa mère en prison doit s'accompagner d'une ouverture vers le monde extérieur. Pour le Haut Comité de la Santé Publique²³ : « La santé est le résultat d'un processus cumulatif : sa construction débute dès la gestation et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Globalement, plus cette période de la vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte ». Ainsi, la prise en

charge adaptée de la santé de l'enfant dans toutes ses dimensions (somatique, psychique et sociale), a une place primordiale dans une politique de santé publique, dès qu'on pose celle-ci à l'échelle d'une génération.

Si les normes sanitaires concernant les enfants sont respectées et que leurs états somatiques ne semblent pas poser de problèmes, il apparaît, au vu des entretiens, que le milieu carcéral n'est pas un lieu de vie adapté pour des bébés même si ce lieu est convivial et que de nombreux aménagements matériels y ont été réalisés. Le temps d'enfermement (14 heures) dans les cellules est trop long. Les sorties en halte garderies et promenades sont trop peu nombreuses. Les enfants vont quelquefois dans leurs familles et c'est heureux mais cela ne concerne que très peu d'entre eux. La socialisation du bébé commence dès les premières années de vie et il est dommageable que des enfants soient confinés à la nursery presque en permanence.

2.4 PROPOSITIONS

Les suggestions que nous formulerons dans ce mémoire découleront des missions en établissement pénitentiaire du médecin inspecteur de santé publique. Mais elles seront également la conséquence de l'application des lois relatives à la promotion et de la protection de la santé des familles et de l'enfance et à la lutte contre l'exclusion. Ces lois s'imposant à tous les services de l'Etat.

La mise en œuvre de ces propositions demande dans un premier temps qu'elles soient validées par les équipes sanitaires et sociales en place ainsi que par les institutions en présence. Dans un deuxième temps, les services déconcentrés des ministères concernés et notamment les médecins inspecteurs de santé publique et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales devront être impliqués dans l'organisation et la coordination de cette mise en œuvre autant au niveau départemental que régional. Leurs connaissances du milieu associatif, des réseaux locaux et des institutions représentent un atout majeur. Leurs missions de tutelle et de contrôle des établissements hospitaliers et des caisses d'allocation familiales et d'assurance maladie font qu'il peuvent être des relais et des médiateurs de choix ; les personnes ayant été incarcérées demandant à être insérées dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

2.4.1 Pour une prise en charge sanitaire de qualité

Réorganisation de la prise en charge sanitaire des enfants

Cette amélioration demande que pour les bébés, la prise en charge sanitaire, en vue de répondre aux besoins de soins préventifs et curatifs, soit réorganisée.

Le suivi régulier de prévention serait réalisé par la PMI et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattaché à l'établissement hospitalier LM.

La fréquence des affections aiguës des enfants demande par contre l'intervention d'un pédiatre pouvant intervenir de façon relativement rapide pour les « urgences » de faible gravité. Bien sûr, l'idéal serait que ce médecin soit un thérapeute qui connaisse déjà le fonctionnement de la nursery et soit bien accepté par les mamans et le personnel, comme c'est le cas du pédiatre actuel.

Promouvoir des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Dans le cadre de la réforme, c'est au responsable de l'UCSA en accord avec la DRASS, la DDASS, les collectivités territoriales et les services pénitentiaires qu'il appartient de déterminer les thèmes prioritaires de prévention et d'éducation pour la santé.

Ce travail en commun devrait porter sur des actions insérées dans un programme global de prévention et d'éducation pour la santé de la maison des femmes de Fleury-Mérogis. La collaboration étroite avec le CFES pourrait aboutir à former du personnel médical ou para-médical au sein de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

Les grands axes prioritaires pourraient concerner les problèmes de toxicomanie et les thèmes autour de la maternité et de la parentalité et du planning familial ainsi que l'hygiène bucco-dentaire. Un dispositif de formation-action a été mis en place de 1998 à 1999 sur dix sites pilotes. Ces expériences ont associé étroitement la direction Générale de la Santé, la direction de l'Administration Pénitentiaire et les services déconcentrés des deux ministères. Il serait intéressant, au vu du résultat de l'évaluation de ces expériences, de mettre en place le cas échéant, un tel dispositif au sein de la nursery.

Améliorer la continuité des soins.

Sylviane Tourette^P souligne qu'une des priorités essentielle à l'égard de la population carcérale est de « (...) faciliter, au moment de la libération, les liaisons avec le dispositif général de soins. »

Cependant, avant d'envisager la continuité des soins à la sortie, il est essentiel de la réaliser de façon effective pendant le temps de l'incarcération. Pour exemple, la mise en place et le suivi des traitements substitutifs devrait faire l'objet de plus de coordinations et de communications entre les thérapeutes de L'UCSA et du SMPR.

La sensibilisation de la patiente est une étape essentielle pour assurer une continuité des soins de qualité. Son implication en tant qu'acteur du système de soins est en effet indispensable à une telle démarche. Ce thème pourrait d'ailleurs être aussi abordé en éducation pour la santé.

Dès le début de l'incarcération, la mise en œuvre, d'un travail en partenariat, est nécessaire entre les différents intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux. Ensuite, une prise de contacts avec les

^P Direction générale de la santé. Bureau SP2 Santé des Populations.

relais extérieurs sanitaires et sociaux départementaux du futur lieu de résidence de la patiente pourrait être réfléchi, préparée et organisée.

Cette organisation devra se faire de façon concertée entre les différents professionnels sanitaires et sociaux pour apporter une réponse adaptée aux besoins sanitaires et la situation sociale de chaque patiente.

Mise en place à l'UCSA d'un recueil de données épidémiologiques, démographiques et sanitaires.

Ce recueil permettrait de mieux connaître l'état de santé de la population et sa prise en charge individuelle. De plus ces informations permettraient de mettre en place, de suivre et d'évaluer des programmes ou des actions de santé. Cette informatisation de l'UCSA demande un équipement en matériel informatique et une formation adéquate du personnel.

Amélioration de la coordination entre les professionnels des différents services de soins.

Ainsi les services pourront, de façon spécifique, élaborer des projets de service annuels autour d'actions prioritaires au vu de leurs pratiques qui s'inséreraient dans le projet médical de l'établissement hospitalier. Ainsi, la convention qui lie l'UCSA à l'établissement hospitalier de la ville d'EVRY serait plus efficace et plus concrète.

La loi du 18 décembre 1989 (art L.149) détermine l'ensemble des missions du service de PMI. Les attributions, concernant la population étudiée, sont les consultations prénatales et postnatales. Le législateur a également prévu des actions médico-sociales en faveur des femmes enceintes ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale conformément à la loi relative à la régulation des naissances. Le service du Conseil Général se doit d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans.

L'arrivée de ce nouveau partenaire demande que soit repensée l'organisation de l'accompagnement et du mode de suivi médico-psychologique des femmes enceintes, des mères et des bébés. Cette réorganisation devra se construire en complémentarité avec les services déjà en place et dans le respect de la spécificité de chacun.

Les réunions entre les différents services de soins devraient être plus finalisées et régulières dans le temps. Il serait souhaitable de mettre en place une démarche de projet les réunissant autour d'objectifs prioritaires et quantifiables. Des protocoles d'articulation relatifs à la coordination et la répartition des attributions entre les professionnels de santé seraient ainsi conclus entre les services médicaux (UCSA, SMPR, maternité de LM) et les services de PMI et de l'ASE du Conseil Général de l'Essonne.

2.4.2 L'amélioration des conditions de vie en milieu carcéral

Cette amélioration passe par la restauration des droits sociaux en vigueur à l'extérieur des murs afin de diminuer l'indigence en prison. Il est essentiel que les femmes enceintes et les jeunes mères perçoivent les prestations familiales auxquelles elles peuvent prétendre. De même, elles devraient bénéficier du temps de congé de maternité selon les principes établis par la législation en vigueur. Intervenir auprès des Caisses d'Allocation Familiales et des Caisses d'Assurance maladie est une nécessité.

Actuellement, les bébés vivent à Fleury-Mérogis dans une unité indépendante de la MAF : la nursery. Au vu des entretiens et de nos observations les règles de vie de la nursery nous apparaissent peu propices au développement harmonieux de ces enfants. Il semble bénéfique de permettre à ces enfants d'avoir une vie sociale à l'extérieur de la prison tout en conservant les liens avec leur mère. La socialisation du jeune enfant pourrait être effectuée par différents moyens. Les sorties et les séjours au sein de la famille devraient être davantage favorisés. La fréquentation régulière de lieux de vie collectifs comme la crèche, les assistantes maternelles ou la halte garderie serait souhaitable. Les mamans pendant ce temps pourraient participer aux activités et formations organisées ou travailler en ateliers en compagnie des autres détenues. Ce système aurait l'avantage de socialiser et de permettre l'autonomie de l'enfant mais aussi de la mère. L'apprentissage de ce nouveau rythme de vie permettrait de mieux préparer la sortie.

2.4.3 Vers un partenariat entre les services médicaux et les services pénitentiaires et judiciaires

Travail en transversalité des différentes institutions intervenant autour de la population étudiée.

De même, les modes d'articulation avec l'Administration Pénitentiaire et notamment avec le service d'insertion et de probation seront réfléchis. Une des finalités pourrait être de préparer l'articulation des soignants avec le JAP.

La continuité des soins ainsi que l'éducation pour la santé font parties, à l'instar des services de soins, des missions des services d'insertion et de probation. Il serait intéressant d'associer le sanitaire et le social. La mise en place d'un tel partenariat demande, qu'au préalable, soit entreprise une réflexion au sujet de la confidentialité des informations. Bien entendu le respect du secret médical est essentiel et incontournable. Toutefois, il serait intéressant de réfléchir sur une notion de partage d'information, du moins partiellement et avec l'accord de la patiente. Le partenariat pourrait se décliner par des

rencontres autour de cas de personnes. Il permettrait de mettre au diapason le sanitaire et le social tendant vers un même effort d'insertion et de continuité des soins.

CONCLUSION

La prise en charge des femmes enceintes, des mères et de leurs bébés en milieu carcéral, malgré la forte implication des acteurs et les importants moyens mis en œuvre, ne semble pas répondre de façon tout à fait adaptée à leurs besoins. Au vu des résultats de cette étude, la prise en charge nous paraît perfectible autant dans son contenu que dans son organisation.

En effet il semble que la prévention et l'éducation pour la santé pourtant prévues dans la réforme des soins somatiques en milieu carcéral de 1994 soient oubliées ou encore trop peu prises en compte. Les axes qui nous apparaissent prioritaires concernent la toxicomanie, la maternité et la parentalité. Leurs mises en place exigent un travail de concertation entre les professionnels de santé pour qu'ils puissent s'articuler au mieux de leurs spécificités et de leurs complémentarités.

Les soins aux bébés nécessitent une prise en charge autant curative que préventive et aussi bien somatique que psychologique. La récente convention signée entre les service de PMI et l'administration pénitentiaires contribuera certainement à avancer dans cette direction. Toutefois l'arrivée de ce nouvel intervenant auprès des enfants et des mères demande que l'organisation des soins soit repensée.

La continuité des soins nous paraît trop peu investie. Elle demande à être travaillée avec les services sociaux pénitentiaires du milieu fermé et ouvert ainsi qu'avec les services et réseaux sanitaires et sociaux du futur lieu de résidence de la détenue. La réinsertion sanitaire étant étroitement liée à la réinsertion sociale, promouvoir la santé en milieu carcéral implique également que les conditions de vie en détention soient améliorées. L'indigence de certaines détenues et le non-respect de certains droits sociaux semblent être un frein à leur réinsertion tant du point de vue sanitaire que social.

Le manque d'articulation entre les professionnels de Santé et les professionnels de l'Administration Pénitentiaire et Judiciaire nous paraît préjudiciable au devenir des détenues et de leurs bébés. Là encore un travail en transversalité s'avère essentiel pour qu'on ne parle plus uniquement de prise en charge mais d'accompagnement sanitaire et social.

Ces différents points justifient qu'une réflexion et une concertation soient engagées entre les différentes institutions en place qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale ou du ministère de la Santé ou de la Justice. Un tel partenariat nous paraît indispensable pour qu'un véritable travail de promotion de la santé soit réalisé en milieu carcéral.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE CLASSEE PAR ORDRE D'APPARITION DANS LE TEXTE

1. **VASSEUR V** - *Médecin-Chef à la prison de la Santé* - Paris, Le cherche-Midi Editeur, 2000
2. **GUILLONNEAU M, KINSEY A** - *La santé en milieu carcéral. Éléments d'analyse démographique* - in Revue Française des Affaires Sociales, n°1, janvier 1997, p 41-58.
3. **LALANDE F** - *La santé des détenus et l'état du système de soins avant la réforme* - in Revue Française des Affaires Sociales, janvier 1997, n°1, p 61-72.
4. **CHODORGE G, NICOLAS G, COLLIN M, FUCHS D**, *Santé en milieu carcéral*, rapport du Haut Comité de la Santé Publique, Rennes, ENSP Editeur, 1993.
5. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE ET MINISTERE DE LA JUSTICE** - *Conclusions du groupe de travail portant sur les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère détenue* - octobre 1993.
6. **MINISTERE DE LA JUSTICE ET LE MINISTERE DE LA SANTE** - *La prise en charge sanitaire des détenus* - Edition 1999.
7. **DEJENNE JM** - *L'action des DDASS à l'égard de la population pénale : un état des lieux des pratiques en Ile de France* - Mémoire d'inspecteur sanitaire et social de santé publique, Rennes, ENSP, Promotion 1997-1999.
8. **DORMOIS O**- *Soigner et/ou punir*- Paris, Editions l'Harmattan, 1995.
9. **MINISTERE DE LA JUSTICE, ADMINISTRATION PENITENTIAIRE** - *Les Prisons, rapport d'activité 1995 – 1996*, Flammarion Editeur, 113-116.
10. **PRADIER P** - *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspectives. Documents, visites, entretiens, réflexions.* - Rapport missionné par la Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, 30 septembre 1999.
11. **ARCIONNI M** - *Aspects de la gynécologie et de la grossesse et de son environnement carcéral* - thèse de médecine, Université de Nancy, 1983.

12. **LIEGE S** - *Des enfants en prison aux côtés de leur mère incarcérée, commentaires à partir de l'exemple de Fleury-Mérogis* - thèse de médecine, Faculté de Médecine Bordeaux II, 1991.
13. **CALLIGHER-COMMUNAL MJ** - *Mères et enfants en détention, situation actuelle et propositions pour l'avenir* - Mémoire de médecin inspecteur de santé publique, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, Promotion 1990-1991.
14. **MOUQUET M.C** - *La santé des entrants en prison en 1997* - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Collection Etudes et Statistiques, n°4, mai 1999.
15. **MOUQUET M.C, DUMONT M, BONNEVIE M.C** - *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque* - Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Collection Etudes et Résultats, n°4, janvier 1999.
16. **DIRECTION DES HOPITAUX** - *Bilan de la mise en œuvre des protocoles de soins conclu entre les établissements publics de santé et les établissements pénitentiaires dans le cadre de la réforme instituée par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994* - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, septembre 1997.
17. **CONNAN-CLARK J** – *Prévention et éducation pour la santé dans le cadre de la réforme* – in revue La Santé de l'homme, La santé de l'homme, n° 315 janvier-février 1995, p XIII- XV.
18. **GOUDET B** - *Education pour la santé : facteur d'insertion des détenus* – in GUIBOURGE F, PALICOT M, BRIXI O, CHOUKROUN O - *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire* –Vanves, Collection la santé en action, éditions CFES, octobre 1997 p 59-63.
19. **GUIBOURGE F, PALICOT M, BRIXI O, CHOUKROUN O** - *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire* –Vanves, Collection la santé en action, éditions CFES, octobre 1997.
20. **OBRECHT O** – *Une réforme au milieu du gué* – Revue française des affaires sociales, 1997, n°51, p117-129.
21. **ROSTAING C** - *La relation carcérale, identité et rapports sociaux dans les prisons de femmes* – Paris, Collection le lien Social, Presses universitaires de France, 1997.
22. **ROSTAING C** - *Le quartier des mères de Fleury-Mérogis* - Paris, EHESS, 1990.
23. **HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE** - *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* - Secrétariat d'Etat à la Santé, février 1998.

TEXTES REGLEMENTAIRES DE REFERENCE

LOIS

- Loi du 22 juillet 1983 n°83-663 (art.37) complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état.
- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
- Loi n° 89-899 (art L.146) du 18 décembre 1989 relative à la Promotion et la Protection de la Santé, de la Famille et de l'Enfance.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative aux soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus, extrait du journal officiel p 960 du 19 janvier 1994.
- Loi du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, extrait du journal officiel p 1859 du 13 février 1995.
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et son volet «accès aux soins ».
- Loi du 29 juillet 1998 et plus particulièrement son volet «accès aux soins ». L'article 73, relative à la lutte contre les exclusions.

DECRETS

- Décret n°98-1099 du 08/12/1998 (notamment les articles D 400, D400-1, D 401-1, D 401-2 issus de ce décret modifiant le code de procédure pénale (Décret n°79-534 du 3 juillet 1979) relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires traite de la protection de la mère et de l'enfant en détention
- Décret n°99-279 du 13 avril 1999 portant réforme des services d'insertion et de probation.

CIRCULAIRES

- Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.
- Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée.
- Circulaire JUSE 9940065C du 5 octobre 1999 relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation et à leurs relations avec les autorités judiciaires.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : PERSONNES RENCONTREES

ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIENS ET GRILLE D'OBSERVATION

ANNEXE 3 : RAPPORT D'ACTIVITE DE LA NURSERY DE FLEURY-MEROGIS

ANNEXE 1

LES PERSONNES RENCONTREES

PERSONNES EN DETENTION

Les trois détenues ayant séjourné à la nursery et qui ont accepté de nous rencontrer ont donné leurs accords pour que nous retranscrivions leurs propos.

CHAMP SANITAIRE

- Direction Générale de la Santé : médecin inspecteur et la chargée de mission «santé des populations carcérales mise à disposition de l'administration pénitentiaire
- Services déconcentrés du Ministère de la Santé : médecin inspecteur de l'Essonne et médecin inspecteur de la DRASSIF
- Direction des Hôpitaux : responsable de la population pénale
- UCSA : médecins Chefs de l'unité de soins ambulatoires, dentiste vacataire, infirmières
- SMPR : psychiatre responsable de l'unité fonctionnelle des consultations de l'unité des femmes
- Hôpital de Fresnes : Chef du service de l'unité d'hospitalisation des femmes
- Hôpital d'EVRY : médecin Chef de Service de gynécologie obstétrique, gynécologue praticien contractuel, pédiatre praticien hospitalier, psychologue.
- Pédiatre libéral intervenant à la nursery de Fleury-Mérogis
- PMI : puéricultrice encadrante à Evry et le médecin pédiatre responsable de circonscription de Sainte Geneviève des Bois.
- SOS médecins : président
- SAMU de l'Essonne : directeur adjoint

JUSTICE et ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

- Direction pénitentiaire régionale : responsable de la population pénale et responsable de la santé de la population pénale.
- Directrice de la maison des femmes de Fleury-Mérogis
- Conseillers d'insertion et de probation
- Educatrice de jeunes enfants de la nursery
- Surveillante de la nursery
- Juge d'application des peines au tribunal d'EVRY

AUTRES

- Accueillante de la Maison Verte (Paris)

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN N° 1

FEMMES AYANT ETE EN DETENTION A LA NURSERY
--

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

- ☐ Rapporter le vécu des femmes ayant séjourné à la nursery de Fleury-Mérogis.
- ☐ Connaître leurs opinions quant à la qualité de l'accompagnement concernant la maternité et l'apprentissage de la parentalité de façon à mieux cerner leurs besoins et ceux de leurs bébés.

L'ENTRETIEN EST ANONYME

LES THEMES A EXPLORER SONT :

- ☐ Chronologie et modalités de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal.
- ☐ Leur vécu et ressenti pendant cette période.
- ☐ Les problèmes rencontrés concernant leur prise en charge sanitaire et celle de leur enfant.

CONSIGNE INITIALE :

- ☐ «Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre passage à la nursery de Fleury-Mérogis ?»

GUIDE D'ENTRETIEN N° 2

PERSONNEL PETITE ENFANCE DE LA NURSERY
--

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

- ☐ Cerner les besoins des femmes et des bébés en appréhendant le cadre dans lequel a lieu la prise en charge médicale et psychologique des femmes et des enfants séjournant à la nursery de Fleury-Mérogis.
- ☐ Connaître l'opinion de ces professionnels relative à la qualité de l'accompagnement des femmes et des enfants.
- ☐ Savoir ce qui est fait pour assurer la continuité des soins après la sortie.

L'ENTRETIEN EST ANONYME**LES THEMES A EXPLORER SONT :**

Chronologie et modalités de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal de la mère et de l'enfant. En particulier nous nous attacherons à connaître l'organisation, les moyens, la coordination et la circulation de l'information entre les différents intervenants.

CONSIGNE INITIALE :

- ☐ Pouvez-vous me raconter votre travail auprès des mères et des enfants vivant en détention dans l'unité mère enfant de Fleury-Mérogis ?
- ☐ Existe-t-il des difficultés particulières pour la prise en charge sanitaire de ces personnes ?
- ☐ Comment expliquez-vous ces difficultés ?

GUIDE D'ENTRETIEN N° 3

DIRECTRICE DE LA MAISON DES FEMMES ET CONSEILLERS D'INSERTION ET DE PROBATION

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

Appréhender le cadre dans lequel sont détenues les femmes enceintes, les jeunes mères et leurs bébés ainsi que les mesures mises en œuvre pour assurer la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes.

L'ENTRETIEN EST ANONYME

LES THEMES A EXPLORER SONT :

- ☐ Les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes séjournant à la nursery de Fleury-Mérogis.
- ☐ Description du pénitencier et de son unité mère enfant.
- ☐ Le rôle de l'institution et les missions des divers services dépendants de l'Administration Pénitentiaire.
- ☐ Les opinions de ces professionnels quant à l'organisation actuelle de la prise en charge sociale et celle qui concerne les soins aux bébés.

LA CONSIGNE DE DEPART :

- ☐ Quel est le rôle de l'Administration Pénitentiaire et quelles sont vos missions ?
- ☐ Quels sont les caractéristiques des personnes en détention résidant à la nursery ?
- ☐ Pouvez-vous me raconter comment était organisée la prise en charge médicale avant la réforme de 1994 et quels sont depuis les principaux changements ?
- ☐ La prise en charge sanitaire et l'entretien des bébés présente-t-elle des difficultés particulières ? .
Même question au sujet de la couverture sociale des mamans ?
- ☐ Comment expliquez-vous ces difficultés ?
- ☐ Comment préparez-vous la sortie des détenues et des bébés ?

GUIDE D'ENTRETIEN N° 4

INTERVENANTS EXTERIEURS : Médecins libéraux, SOS médecins, SAMU.
--

OBJECTIF DE L'ENTRETIEN :

- ☐ Appréhender les motifs et les circonstances et la fréquence d'intervention de ces professionnels auprès des femmes enceintes et des bébés résidant dans la nursery de FLEURY-MEROGIS.

L'ENTRETIEN EST ANONYME**LES THEMES A EXPLORER SONT :**

- ☐ Les interventions.
- ☐ Les difficultés auxquelles ils ont été confrontés.

LA CONSIGNE DE DEPART_:

- ☐ Vous êtes déjà intervenus à la nursery de Fleury-Mérogis : pouvez-vous me raconter les circonstances et les éventuelles difficultés rencontrées ?
- ☐ Comment expliquez-vous ces difficultés ?

GUIDE D'ENTRETIEN N° 5

PERSONNEL MEDICAL

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

- ☐ Cerner les besoins sanitaires des femmes en détention à la nursery de Fleury-Mérogis lors de la période prénatale, de l'accouchement et de la période postnatale ainsi que les besoins sanitaires des bébés accompagnant leurs mères.
- ☐ Connaître les opinions des professionnels relatives à la qualité de l'accompagnement sanitaire et social de ces femmes et de ces enfants.
- ☐ Savoir ce qui est fait pour assurer la continuité des soins après la sortie.

L'ENTRETIEN EST ANONYME**LES THEMES A EXPLORER SONT :**

Chronologie et modalités de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal et du suivi de l'enfant. En particulier nous nous attacherons à connaître l'organisation, les moyens, la coordination et la circulation de l'information entre les différents intervenants médicaux ainsi que l'articulation avec les autres professionnels intervenants autour de la population étudiée.

LA CONSIGNE DE DEPART :

- ☐ Pouvez-vous me raconter votre travail auprès des mères et des enfants vivant en détention dans la nursery ? Comment préparez vous la sortie ?
- ☐ Existe-t-il des difficultés particulières concernant la prise en charge sanitaire de ces personnes ?
- ☐ Comment expliquez-vous ces difficultés ?

GRILLE D'OBSERVATION DE LA NURSERY DE FLEURY-MEROGIS

OBJECTIFS DE L'OBSERVATION:

- ☐ Appréhender le cadre où vivent les femmes enceintes, les mères et leurs bébés.
- ☐ Connaître le déroulement d'une journée.
- ☐ Connaître l'organisation effective de la prise en charge sanitaire.

LES THEMES A EXPLORER SONT :

- ☐ Les locaux : Les parties communes de la nursery (composition du mobilier, salle de jeux, coin repas pour les enfants), ainsi que les cellules (hygiène, matériel de puériculture, mobilier ...).
- ☐ Les relations interindividuelles entre :
 - le personnel petite enfance et les détenues
 - le personnel petite enfance et les bébés
 - les mères et leurs enfants
 - les mamans
 - les enfants
- ☐ Les différents moments de la prise en charge sanitaire du suivi prénatal et postnatal des mères et des bébés à travers les consultations à l'UCSA, à la maternité de l'Hôpital d'Evry et de pédiatrie pour les bébés.

LA CONSIGNE DE DEPART :

- ☐ Observation participative
- ☐ Après accord de la directrice de l'UCSA voir s'il est possible de suivre une maman et son enfant lors de leurs déplacements