



**LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES FEMMES
DÉTENUES : LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE ENTRE
PROTECTION DE LA SANTÉ ET CONTRAINTES
SÉCURITAIRES ET ORGANISATIONNELLES**

Année universitaire 2019/2020

Mémoire réalisé par LASNIER Maëva

dans le cadre du Master 2 Droit et politique de santé

sous la direction de Madame la Professeure Johanne SAISON

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui ont collaboré d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à Madame Johanne SAISON, Professeur en droit public et responsable du master 2 Droit et politique de santé, pour avoir accepté d'encadrer ce travail et pour ses conseils avisés lors de ces deux années universitaires riches en enseignements.

Je remercie également tous mes professeurs qui, par les interventions, m'ont sensibilisé à la population carcérale et m'ont permis d'appréhender les différents enjeux liés à la détention.

Enfin, je souhaite remercier mes proches, pour le travail de relecture réalisé et notamment mes parents pour leur soutien lors de l'écriture du mémoire.

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

A-

ACOSS Agence centrale des organismes de sécurité sociale

ARS Agence régionale de santé

C-

CEDH Cour européenne des droits de l'Homme

CGLPL Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CICR Comité international de la Croix-Rouge

CP Code pénal

CPP Code de procédure pénale

CPT Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CPU Commission pluridisciplinaire unique

CSP Code de la santé publique

H-

HAS Haute Autorité de Santé

I-

IVG Interruption volontaire de grossesse

O-

OIP Observatoire international des prisons

OMS Organisation mondiale de la santé

P-

PMI Protection maternelle et infantile

S-

SMPR Service médico-psychologique régional

U-

UCSA Unité de consultations de soins ambulatoires

UHSI Unité hospitalière de soins intensifs

UMD Unité pour malades difficiles

USMP Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

V-

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE - UN ACCÈS AUX SOINS LIMITÉ	16
CHAPITRE 1 : UN ACCES AUX UNITES SANITAIRES COMPROMIS DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES MAJORITAIREMENT MASCULINS	18
CHAPITRE 2 : L'ACCES AUX SOINS SPECIFIQUES : L'ORGANISATION DU DEPISTAGE DES CANCERS FEMININS EN MILIEU CARCERAL	24
DEUXIÈME PARTIE - DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE ET PÉNITENTIAIRE DIFFICILEMENT CONCILIABLES	29
CHAPITRE 1 : DES CONDITIONS D'EXTRACTIONS MEDICALES POUVANT PORTER ATTEINTE A LA DIGNITE D'UNE FEMME DETENUE.....	31
CHAPITRE 2 : UNE DIFFICILE PRESERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL AU SEIN DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES	35
TROISIÈME PARTIE - LE CAS PARTICULIER DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUES ENCEINTES OU AVEC LEUR NOURRISSON.....	40
CHAPITRE 1 : LES MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE PRENATALE.....	42
CHAPITRE 2 : UNE PRISE EN CHARGE POSTNATALE DANS DES « QUARTIERS MERES-ENFANTS »	45
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58
TABLE DES MATIÈRES.....	62

INTRODUCTION

« Ma revendication en tant que femme c'est que ma différence soit prise en compte, que je ne sois pas contrainte de m'adapter au modèle masculin ».

Cette citation de Simone VEIL peut être transposée dans le contexte carcéral au sein duquel les femmes sont considérées comme « *les grandes oubliées du système pénitentiaire* »¹.

Avec un effectif de 2 532 au premier janvier 2020², les femmes ne représentent qu'une faible proportion de la population carcérale. Deux prisons leur sont spécialement réservées : le centre pénitentiaire de Rennes et la maison d'arrêt de Versailles. A l'exception de ces deux établissements, elles sont incarcérées dans des quartiers spécifiques au sein d'établissements pour hommes, avec lesquels tout contact est interdit. En principe, les femmes et les hommes détenus ont les mêmes droits et devoirs.

De manière générale, les détenus doivent disposer des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres patients, sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet.

L'accès aux soins est un accès effectif et qualitatif au système de santé, l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique doivent, à ce titre, être garanties. L'accès aux soins répond aux principes d'accessibilité, de secret, de confidentialité, d'égalité et d'équité³.

Le droit pour une personne d'accéder aux soins repose sur le droit à la protection de la santé prévu à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946⁴ et sur la protection de la dignité

¹ <https://oip.org/analyse/femmes-detenu-es-les-oubliees/>

² <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenu-es/#:~:text=Tr%C3%A8s%20minoritaires%20en%20prison%2C%20les.8%25%20de%20la%20population%20d%C3%A9tenu-es.>

³ PERRIER (Jean-Baptiste), *Soins et privation de liberté*, Michel l'Hospital, « Centre Michel de l'Hospital », 15 décembre 2015, 192p.

⁴ Alinéa 11 de l'article préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

de la personne humaine. L'accès aux soins est d'ailleurs, selon le Professeur Anne DEBET, « *le droit plus fondamental sans lequel tous les autres sont inutiles* »⁵.

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale⁶ a considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle a permis de structurer la filière de soins en milieu carcéral.

En effet, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues ont été transférées au service public hospitalier. Cette loi fixe ainsi trois principes : l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie ; la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) devenue, en 2012, unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ; le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales des personnes détenues à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

L'objectif de cette réforme est double : assurer aux détenus une couverture sociale systématique et également leur assurer une continuité et une qualité des soins équivalentes à celle de l'ensemble de la population.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁷ confirme que les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier relèvent d'une mission de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à assurer⁸.

La loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire⁹ réaffirme le principe d'équivalence des soins. En effet, l'article 46 de cette loi garantit aux personnes détenues un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire, une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Aussi, la loi consacre les droits des personnes détenues. Il est légitime de s'étonner du caractère tardif de cette consécration... Depuis 2009, les droits des personnes détenues ne

⁵ Anne DEBET, « *Accès aux soins et droits du détenu malade* », Les droits de la personne détenue, ed. Dalloz, dir. Sabine BOUSSARD, 26 et 27 janvier 2012.

⁶ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *JO RF*, 19 janvier 1994, p.960.

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO RF*, 22 juillet 2009, p.12184.

⁸ CSP, art.L.6112-1.

⁹ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

peuvent donc faire l'objet d'aucune autre restriction que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, au maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Par exemple, l'article 45 impose à l'administration pénitentiaire de respecter le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation.

L'enjeu de la loi de 2009 est de placer le respect de la dignité de la personne humaine au cœur des prisons.

Finalement, la loi pénitentiaire de 2009 fait application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁰ qui interdit toute discrimination entre les usagers du système de santé. Le droit fondamental à la protection de la santé concerne donc aussi les personnes placées sous main de justice.

Si le système de santé est soumis à un principe de non-discrimination, le médecin lui-même doit évidemment appliquer ce principe. En effet, l'article 7 du Code de déontologie médicale, repris à l'article R. 4127-7 du Code de la santé publique (CSP), dispose que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes [...]. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ». Par conséquent, le médecin doit traiter un détenu de la même manière que les autres patients.

Depuis 1994, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu d'importantes évolutions. Ces évolutions ont permis d'améliorer les droits de cette population.

Cependant, en pratique, un équilibre doit être recherché entre indispensable respect des droits fondamentaux dont fait partie le droit à l'accès aux soins et nécessaire préservation de la sécurité dans les établissements pénitentiaires. Cet équilibre étant difficile à trouver, la question de l'accès aux soins en milieu carcéral peut se poser.

Le principe d'équivalence des soins assure donc à la population détenue une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. L'organisation des soins en détention repose sur un guide méthodologique relatif à la prise en

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO RF, 5 mars 2002, p.4118.

charge sanitaire des personnes placées sous main de justice dont la quatrième édition a été publiée le 10 janvier 2018¹¹.

Ainsi, des USMP ont, en principe, été mises en place au sein de chaque établissement pénitentiaire. Elles assurent les consultations de médecine générale et spécialisées dont les consultations dentaires ; les actes de soins infirmiers ; les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée ; les examens médico-techniques ; la dispensation de médicaments et dispositifs médicaux. Elles incluent deux dispositifs de soins : un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques. De plus, les USMP coordonnent et/ou réalisent des actions d'éducation et de prévention pour la santé et la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Ces unités sanitaires doivent être rattachées à un établissement hospitalier. En effet, l'établissement de santé de rattachement de l'USMP organise la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Les modalités d'intervention de l'établissement de santé, prévues à l'article R. 6112-16 du CSP, font également l'objet d'un protocole cadre signé par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), le ou les directeurs du ou des établissements de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires et le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce protocole précise aussi les modalités d'intervention des professionnels de l'USMP.

Par ailleurs, l'administration pénitentiaire met à disposition de l'USMP des locaux destinés aux consultations et aux examens médicaux.

Les médecins qui exercent dans les USMP assurent les consultations médicales nécessaires au suivi des personnes détenues. Ils exercent une médecine de soin et doivent se borner à des consultations cliniques. En effet, l'article 48 de la loi pénitentiaire de 2009 précise que « *ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* »¹². A ce titre, les médecins et personnels soignants intervenant en milieu carcéral sont indépendants des autorités pénitentiaires et judiciaires dans l'exercice de leurs fonctions de soins.

¹¹ Instruction interministérielle n°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, *JO RF*, 19 décembre 2017, 459p.

¹² Art. 48 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

Les consultations médicales peuvent avoir lieu suite à des demandes exprimées par la personne détenue, par le personnel pénitentiaire, par le médecin dans le cadre des suivis médicaux ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue.

Dans certains cas, la prise en charge en hôpital de jour peut être nécessaire. Elle permet au patient de disposer, dans la journée, de soins et/ou d'examens polyvalents, individualisés, intensifs. Il est alors accueilli dans une unité hospitalière de soins intensifs (UHSI) qui est structure hospitalière prenant en charge l'ensemble des hospitalisations (sauf les hospitalisations urgentes ou inférieures à quarante-huit heures) ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. L'UHSI assure des activités de chirurgie ambulatoire, des « séances » (traitements de chimiothérapie, dialyse...) et des examens complémentaires. Le patient détenu est hospitalisé au sein d'une chambre sécurisée avec une garde statique des forces de l'ordre.

L'hospitalisation de jour en psychiatrie est essentiellement assurée par les USMP dotées d'un service médico-psychologique régional (SMPR).

Enfin, la prise en charge hospitalière à temps complet est assurée, pour les soins somatiques, au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement ou au sein des UHSI.

Pour les soins psychiatriques, elle a lieu au sein des UHSA, des établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale (CPP) ou au sein des unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient.

Si les modalités de prise en charge de la santé de la population carcérale sont fixées et ont pour objectif de répondre aux importants besoins de santé de cette population, il faut également tenir compte du contexte du monde carcéral et de ses contraintes.

En effet, les conditions de détention, régulièrement dénoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ou sanctionnées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), limitent l'amélioration significative de l'état de santé des détenus¹³. Le

¹³ PERRIER (Jean-Baptiste), *Soins et privation de liberté*, Michel l'Hospital, « Centre Michel de l'Hospital », 15 décembre 2015, 192p.

lieu de la prison semble en contradiction avec l'idée d'un accès aux soins identique à celui offert à l'ensemble de la population.

Aujourd'hui, l'effectivité du droit d'accès aux soins pour les personnes détenues pose donc encore question. La Professeure Johanne SAISON a ainsi écrit que « *l'accès aux soins des malades détenus présente encore de nombreuses lacunes : niveau et répartition des moyens insuffisants, coopération entre les professionnels de santé défaillante, permanence des soins non-assurée, opposition des logiques pénitentiaires, policières et médicales contribuant à limiter le nombre de consultations à l'hôpital ainsi que les hospitalisations, carence de l'hygiène* »¹⁴.

Si une personne fait l'objet d'une mesure privative de liberté, c'est d'abord pour la sanctionner puis pour protéger la société mais cela ne doit pas porter atteinte à un projet de reconstruction permettant de se réinsérer.

Les personnes placées sous main de justice, et encore plus les femmes détenues, représentent l'un des publics les plus vulnérables sur le plan physique et psychique. En effet, elles sont soumises à de nombreuses difficultés de plusieurs ordres : sanitaire, économique, social... On constate, au sein de la population carcérale féminine, une surreprésentation des maladies mentales, du risque de suicide, d'alcoolisme, de toxicomanie, une prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres maladies infectieuses. Elles souffrent également souvent de stress post-traumatique et sont plus vulnérables à la violence sexuelle.

Or, la santé est un facteur nécessaire et indispensable pour se préparer à la sortie ; elle permet de devenir un acteur de sa propre santé et de pouvoir, à terme, s'insérer dans le monde social et professionnel.

En détention, les femmes sont soumises aux règles de la catégorie pénale à laquelle elles appartiennent¹⁵. Le régime de détention des femmes est similaire à celui des hommes ce qui témoigne du relatif désintérêt des pouvoirs publics à leur égard. Cependant, trois règles spécifiques s'appliquent aux femmes détenues.

¹⁴ PERRIER (Jean-Baptiste), *Soins et privation de liberté*, Michel l'Hospital, « Centre Michel de l'Hospital », 15 décembre 2015, 192p.

¹⁵ <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html>

Tout d'abord, elles doivent être détenues dans des établissements ou des quartiers distincts des hommes. A titre dérogatoire et sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité des établissements, des activités peuvent être organisées de façon mixte¹⁶.

De plus, elles ne peuvent être surveillées que par des personnels féminins, l'accès du personnel masculin au quartier ou établissement pour femmes est soumis à une autorisation du chef d'établissement.

Enfin, des dispositions particulières précisent les modalités de prise en charge des femmes enceintes et/ou mères de très jeunes enfants. Une femme enceinte incarcérée qui accouche en détention peut élever son enfant avec elle, dans les murs de la prison. Aujourd'hui, les femmes en fin de grossesse ou celles avec enfant sont affectées dans des quartiers spécifiques et peuvent garder auprès d'elles leur enfant âgé de moins de dix-huit mois. Les conditions de détention des mères sont, au regard de ces dispositions particulières, qu'elles soient législatives ou réglementaires, plutôt avantageuses. Elles témoignent, en miroir, de la logique de protection qui entoure les mères devant la justice pénale¹⁷.

Ces dispositions spécifiques n'ont vocation qu'à régir la situation d'un petit nombre de femmes présentes dans les prisons.

La conséquence est que les femmes sont souvent détenues dans un nombre restreint de lieux, le plus souvent loin de leurs familles et notamment de leurs enfants à charge ; et dans des locaux conçus, à l'origine, pour des hommes.

En effet, les règles pénitentiaires ont été pensées pour un univers masculin sauf que les femmes confrontées à la détention ne réagissent pas de la même manière. Comme cela a été évoqué, elles sont déjà plus vulnérables sur un plan sanitaire. Aussi, la détention d'une femme n'a pas les mêmes implications que celle d'un homme.

Tout d'abord, d'un point de vue symbolique, un homme condamné gagne, par son passage en prison, ses galons de véritable « malfrat »¹⁸ tandis qu'une femme condamnée fait l'objet d'une profonde stigmatisation par la société et est souvent rejetée par sa famille.

¹⁶ Art.28 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

¹⁷ CARDI (Coline), « Les quartiers mères-enfants : l'autre côté du dedans », *Champ pénal/Penal Field (en ligne)*, Vol. XI, 2014, p.3.

¹⁸ HUET (Guénhaël), « Rapport d'information fait au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence », n°1900, 8 septembre 2009, p.5.

Aussi, la détention représente, pour les femmes, une atteinte à leur intimité physique et psychologique qui a des conséquences sur leur état de santé psychique. En effet, celui-ci se dégrade et la difficulté est que la demande de soins ne peut pas être correctement satisfaite.

L'objectif des équipes médicales est de prodiguer des soins équivalents à ceux existant en milieu ouvert sauf qu'elles disposent d'un faible niveau de connaissance de l'état sanitaire de la population carcérale¹⁹. La prise en charge des femmes n'est donc pas adaptée à leurs besoins, cela est renforcé par leur faible nombre et à leurs besoins spécifiques (liés à leur genre).

De plus, l'isolement des femmes, en raison du faible nombre d'établissements pour peine qui leur sont réservés, rend difficile le maintien des liens familiaux. Or, l'incarcération des femmes a des implications sociales car elles sont souvent mères de famille avec un ou plusieurs enfants à charge. La détention conduit souvent à la déstabilisation des familles et au placement de ceux-ci.

L'administration pénitentiaire permet la présence de très jeunes enfants auprès de leur mère, mais les conditions de vie carcérales doivent encore être adaptées à leur présence. Aussi, les partenariats locaux entre les établissements pénitentiaires et les services sociaux des départements doivent être facilités pour favoriser la socialisation des bébés accueillis en détention et préparer la séparation d'avec leur mère à l'issue de la période des dix-huit mois.

Suite à ces constats, le CGLPL considère que les femmes ne bénéficient pas des mêmes droits que les hommes privés de liberté. A ce titre, il demande que des modifications dans la prise en charge des femmes privées de liberté soient apportées pour rendre effectif le principe d'égalité entre les hommes et les femmes et que les droits fondamentaux des femmes privées de liberté soient respectés.

En effet, le CGLPL a relevé que *« minoritaires en nombre, elles sont l'objet de discriminations importantes dans l'exercice de leurs droits fondamentaux : un maintien des liens familiaux rendu difficile par un maillage territorial inégal des lieux d'enfermement, des conditions matérielles d'hébergement insatisfaisantes en raison de leur enclavement au sein de quartiers distincts, un accès réduit ou inadéquat aux activités, une prise en charge au sein*

¹⁹ PERRIER (Jean-Baptiste), *Soins et privation de liberté*, Michel l'Hospital, « Centre Michel de l'Hospital », 15 décembre 2015, 192p.

de structures spécialisées limitée voire inexistante et, parallèlement, une absence de prise en compte des besoins spécifiques des femmes »²⁰.

Ce mémoire a donc vocation à présenter les discriminations subies par les femmes détenues dans l'exercice de leurs droits fondamentaux et plus précisément devant l'accès à la santé. Il s'agit de présenter les conditions de détention des femmes et d'expliquer en quoi celles-ci peuvent avoir un impact négatif sur leur état de santé. En effet, la logique de sécurité inhérente au monde carcéral a tendance à prévaloir sur la logique de soins. Ce phénomène est renforcé pour les femmes. Elles subissent encore plus que les hommes les contraintes carcérales de part leur sous-représentation en prison. Or, pour assurer une prise en charge médicale effective, les deux logiques (de soins et de sécurité) devraient être sur un niveau d'égalité.

Le présent mémoire ne doit pas être lu comme un travail sur le genre mais plutôt comme une recherche sur la prise en charge des femmes détenues. Ainsi, l'effectivité et le respect du principe d'égalité des soins, posé à l'article 46 de la loi de 2009²¹, suppose des modifications de la prise en charge des personnes détenues. Il appartient également à l'administration pénitentiaire de prendre des mesures particulières pour garantir que les femmes jouissent des mêmes droits que les hommes.

Ainsi, de quelles manières les contraintes sécuritaires et organisationnelles d'un établissement pénitentiaire portent-elles atteinte au droit fondamental à la protection de la santé des femmes détenues ?

Si la loi du 18 janvier 1994²² permet à une personne détenue de bénéficier des mêmes droits que l'ensemble des patients en milieu ouvert, les administrations pénitentiaire et hospitalière peinent à assurer ce principe.

En effet, l'organisation des déplacements et l'offre de soins en milieu pénitentiaire conduisent à ce que les femmes aient un accès restreint aux professionnels de santé dans les USMP (partie 1). Par ailleurs, la logique de sécurité a tendance à s'imposer dans le cadre des

²⁰ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.10.

²¹ Article 46 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JO RF, 25 novembre 2009, p.20192.

²² Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO RF, 19 janvier 1994, p.960.

extractions médicales ou du secret des consultations médicales, au détriment du respect de la dignité des femmes détenues (partie II). Enfin, lorsqu'une femme détenue est enceinte ou mère d'un jeune enfant, il est nécessaire que les exigences sécuritaires et organisationnelles inhérentes à un établissement pénitentiaire s'adaptent pour assurer la santé de la mère mais aussi celle de l'enfant (partie III).

PREMIÈRE PARTIE - UN ACCÈS AUX SOINS LIMITÉ

Au 1er janvier 2020, les femmes détenues représentent 3,8% de la population carcérale²³.

Au 1er septembre 2015, l'administration pénitentiaire relève cent quatre-vingt-huit établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales, centres pénitentiaires, établissements pour mineurs...). Mais parmi ces établissements, seuls cinquante-six d'entre eux accueillent des femmes, la majorité est située dans le Nord de la France. Le centre pénitentiaire de Rennes et la maison d'arrêt de Versailles sont les seuls établissements composés uniquement de femmes détenues.

Par conséquent, la majorité des femmes détenues est incarcérée dans des « quartiers femmes » au sein d'établissements pénitentiaires hébergeant majoritairement des hommes.

Les établissements susceptibles d'accueillir des femmes sont inégalement répartis sur le territoire national ce qui limite les possibilités d'aménagement et d'individualisation de leur prise en charge²⁴.

Ainsi, les femmes sont souvent détenues dans des établissements éloignés de leurs proches, elles souffrent davantage de la rupture du lien familial.

Aussi, la faible proportion des femmes dans ces établissements conduit à un enclavement des « quartiers-femmes » qui a des conséquences sur leur vie en détention. En effet, elles sont hébergées dans des locaux plus exigus et souvent mal aménagés. Leur accès aux activités est également rendu plus difficile du fait de la non-mixité des activités.

Pour autant, elles doivent bénéficier, au même titre que les hommes détenus ou que les femmes en milieu ouvert, de soins de qualité. Le CGLPL considère que *« les femmes et les hommes doivent être traités de manière égale au sein des lieux de privation de liberté, égalité qui ne doit cependant pas empêcher une prise en compte de certains besoins spécifiques aux femmes »*²⁵.

²³ <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenu#/:~:text=Tr%C3%A8s%20minoritaires%20en%20prison%2C%20les,8%25%20de%20la%20population%20d%C3%A9tenue.>

²⁴ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.4.

²⁵ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.1.

Or, s'agissant des soins non-spécifiques d'une part, les femmes détenues y ont un accès limité du fait de leur sous-représentation et du principe de non-mixité en détention (chapitre 1). Aussi, la population incarcérée constitue un public particulièrement exposé aux risques de cancer. Il résulte des caractéristiques sociodémographiques que les femmes détenues sont susceptibles de présenter certains facteurs de risques favorisant le cancer du col de l'utérus par exemple. De manière générale, elles ont eu moins accès à la prévention et aux soins notamment gynécologiques. La prison doit donc garantir cet accès (chapitre 2).

Dans ce contexte, il est nécessaire d'engager une réflexion sur l'amélioration de l'accès aux soins courants et aux soins spécifiques. Ces deux axes d'amélioration s'inscrivent notamment dans le cadre de la loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes²⁶, d'une part, et dans la stratégie de réduction des inégalités d'accès aux dépistages, d'autre part.

²⁶ Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, *JO RF*, 5 août 2014, p. 12949.

Chapitre 1 : Un accès aux unités sanitaires compromis dans les établissements pénitentiaires majoritairement masculins

En vertu de l'article D. 248 du CPP, les femmes sont détenues dans des établissements qui leur sont réservés ou dans des quartiers spécifiques.

L'inégale répartition territoriale des établissements pénitentiaires accueillant des femmes conduit à leur isolement (section 1). En effet, elles sont détenues dans des quartiers spécifiques au sein d'établissements pénitentiaires accueillant majoritairement des hommes. Cet isolement est renforcé par le principe de non-mixité posé à l'article premier du règlement intérieur type fixé à l'annexe à l'article R57-6-18 du CPP (section 2). Ce principe a pour conséquence de bloquer les mouvements des femmes en détention rendant l'accès aux unités sanitaires difficile.

Section 1 : Un isolement des femmes détenues

Les femmes sont minoritaires dans les établissements pénitentiaires, elles sont donc détenues et isolées dans des « quartiers-femmes » (paragraphe 1). Aussi, la répartition territoriale des établissements pénitentiaires rend difficile tout maintien des liens familiaux puisque les femmes sont le plus souvent incarcérées loin de chez elles (paragraphe 2).

§ 1 : Un enclavement des « quartiers-femmes » dans les établissements pénitentiaires

La sous-représentation des femmes parmi la population pourrait permettre de leur offrir des conditions de détention plus favorables. Il n'en est rien puisque le faible nombre d'établissements accueillant des femmes et leur inégale répartition renforcent la surpopulation carcérale.

En, effet, le CGLPL a relevé que, durant la première moitié de l'année 2015, le taux d'occupation du quartier des femmes de la maison d'arrêt de Nice s'élevait à 153 % en moyenne en raison du manque de places réservées aux femmes détenues au sein des établissements de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Marseille²⁷.

²⁷ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.2.

L'enclavement des femmes dans des quartiers spécifiques a donc des conséquences directes sur leur vie en détention. En effet, comme l'a souligné Zsuzsanna JAKAB, directrice régionale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, « *quand une femme va en prison, elle entre dans une société dominée par les hommes, dans laquelle les besoins et la condition des femmes ne sont pas pris en compte* »²⁸.

Par exemple, les besoins spécifiques des femmes en matière de soins (infra, p.26) et d'hygiène ne sont pas pris en compte.

Les besoins spécifiques des femmes en matière d'hygiène impliquent qu'elles aient accès à des installations sanitaires, à des salles d'eau, qu'elles disposent de quantités suffisantes d'articles d'hygiène de base, tels que serviettes hygiéniques ou tampons, et qu'elles puissent les jeter dans des poubelles spécialement réservées aux objets souillés. Le fait de ne pas fournir aux femmes détenues ces produits peut être considéré comme un traitement dégradant²⁹.

Si la condition de la femme n'est pas ou peu prise en compte, cette situation d'isolement est renforcée par la potentielle rupture des liens familiaux, conséquence de l'éloignement géographique.

§ 2 : Un maintien des liens familiaux difficile

L'article D. 402 du CPP dispose qu'il appartient à l'administration pénitentiaire de veiller au maintien et à l'amélioration des relations entre les détenus et leurs proches, dès lors que celles-ci paraissent souhaitables dans l'intérêt des uns et des autres.

En effet, le maintien des liens familiaux pendant la détention représente un enjeu important pour la réinsertion sociale de la personne détenue. Il a pour objectif de lui permettre de conserver son rôle et son statut.

Cet objectif est essentiel pour les femmes puisqu'elles constituent le plus souvent, lorsqu'elles sont mères, le soutien principal de leurs enfants car le père biologique est peu présent dans l'éducation des enfants. Il est donc nécessaire de conforter les mères dans ce rôle.

²⁸ Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, Étude « *La santé des femmes en milieu carcéral. Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons* », 2009, p.5.

²⁹ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Conseil de l'Europe, Fiche thématique « *Les femmes en prison* », janvier 2018, p.4.

Le Docteur Emile BERGER a ainsi expliqué que la fonction maternelle se construit par les interactions quotidiennes entre une mère et son enfant. Mais si ces liens n'ont pas pu être créés du fait des contraintes carcérales, la mère détenue peut ressentir de graves difficultés à se sentir véritablement la mère de l'enfant. L'enfant, quant à lui, risque de développer des troubles de l'attachement qui peuvent avoir de lourdes conséquences pour son équilibre affectif³⁰.

Aussi, l'isolement social des femmes détenues peut être renforcé par leur stigmatisation du fait de leur incarcération. En effet, la rupture avec la famille et l'isolement des femmes détenues sont bien plus intenses que pour les hommes qui continuent plus souvent à recevoir le soutien moral et matériel de leurs proches.

En principe, les personnes détenues demeurent titulaires de l'autorité parentale pour les enfants. Celle-ci ne leur est retirée que lorsque l'infraction a été commise à l'encontre du mineur³¹. Cependant, l'exercice effectif de l'autorité parentale est limité puisqu'il dépend de l'accord de l'autre parent³².

Les femmes sont donc isolées dans des établissements pénitentiaires accueillant majoritairement des hommes, le principe de non-mixité qui s'impose en détention renforce cet isolement et limite l'accès des femmes aux unités sanitaires. A terme, il est à craindre une dégradation de la population carcérale féminine.

Section 2 : Le principe de séparation hommes/femmes à l'origine d'un faible accès aux unités sanitaires

L'article premier du règlement intérieur type fixé à l'annexe à l'article R57-6-18 du CPP fixe un principe de séparation hommes-femmes.

Ainsi, les femmes doivent être incarcérées dans des établissements ou des quartiers distincts de ceux des hommes (paragraphe 1) et elles ne peuvent être surveillées que par des personnes de leur sexe (paragraphe 2). Cette séparation contraint l'accès des femmes aux services

³⁰ HUET (Guénhaël), « Rapport d'information fait au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence », n°1900, 8 septembre 2009, p.41.

³¹ C.civ, art.378.

³² C.civ, art.372-2.

communs et notamment aux unités sanitaires. C'est pour cela que ce principe de non-mixité tend progressivement à s'atténuer (paragraphe 3).

§ 1 : Un inégal accès aux équipements communs dans les établissements mixtes

Lorsque les femmes sont incarcérées dans un même établissement que les hommes mais dans un quartier distinct, la loi impose de prendre toutes les dispositions pour qu'il n'y ait pas de communication entre les deux sexes³³.

L'enclavement des femmes dans des quartiers spécifiques implique d'intercaler leurs mouvements avec ceux des hommes. Les mouvements des hommes étant plus nombreux et plus fréquents, les établissements réservent des créneaux horaires aux femmes pour leurs activités et leurs déplacements. Cela limite leur accès aux services communs et notamment aux unités sanitaires, leur prise en charge est donc rendue plus difficile et peut compromettre leur santé. En effet, les femmes bénéficient de créneaux d'accès aux USMP limités à quelques demi-journées par semaine. Le principe de séparation hommes/femmes conduit donc de fait à bloquer les mouvements des femmes et renforce leur isolement sur un plan sanitaire.

Aussi, à cause de ce principe, les femmes, minoritaires dans les établissements accueillant également des hommes, ne peuvent avoir accès qu'aux équipements et locaux qui leur sont potentiellement réservés sauf que ces derniers sont calculés en fonction de l'effectif théorique (qui est faible) du quartier pour femmes.

En plus d'être limitées dans leurs déplacements pour accéder aux unités sanitaires, les femmes ne bénéficient donc pas des équipements adaptés et en nombre suffisant. Le principe de non-mixité pèse sur leur santé et la conséquence est une dégradation de l'état de santé des femmes détenues.

Finalement, cette situation porte atteinte à l'égalité de traitement hommes/femmes et à l'égalité devant l'accès à la santé.

Pourtant, le faible nombre de femmes détenues ne devrait pas, en principe, justifier leur inégal accès à l'effectivité de leurs droits fondamentaux et notamment au droit fondamental à la protection de la santé garanti à l'article L. 1110-1 du CSP.

³³ Article 1^{er} de l'Annexe à l'article R57-6-18 du CPP

Ce droit fondamental à la protection de la santé doit pouvoir s'exercer dans les mêmes conditions que les hommes conformément à l'alinéa 3 du préambule de la Constitution de 1946 qui « *garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme* »³⁴.

C'est au nom de ces deux considérations que le CGLPL considère que la « *mixité doit ainsi être instaurée durant la journée s'agissant de l'accès aux services communs et aux activités* » et que « *seul l'hébergement des femmes seules doit être distinct de celui des hommes* »³⁵.

Le principe de non-mixité concerne aussi le personnel de surveillance, qui ne peut être composé que de femmes, ce qui constitue une contrainte supplémentaire à l'accès des détenues à certaines activités.

§ 2 : Des femmes détenues surveillées par un personnel féminin

L'article premier du règlement intérieur type fixé à l'annexe de l'article R. 57-6-18 du CPP dispose que, à l'exception des personnels d'encadrement, « *les femmes détenues ne sont surveillées que par des personnes de leur sexe* ». Il y a donc une interdiction faite aux femmes d'être en contact avec des personnels masculins. En effet, le personnel masculin n'a accès aux quartiers des femmes que sur autorisation du chef de l'établissement³⁶.

Ces dispositions réglementaires sont donc un frein supplémentaire à l'accès des femmes aux activités et unités médicales car leurs déplacements dépendent du personnel, personnel qui doit être nécessairement féminin et disponible pour leur permettre de se rendre à des consultations médicales. Elles pèsent à nouveau sur l'égalité de traitement à laquelle les femmes peuvent prétendre en matière d'accès aux activités et plus particulièrement aux soins.

Au titre de la protection des femmes, le Comité International de la Croix-Rouge (CICR) demande à ce qu'elles ne soient pas logées dans les mêmes lieux que les hommes, qu'elles

³⁴ Alinéa 3 de l'article préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

³⁵ CGLPL, « *Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté* », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.2.

³⁶ CPP, art.D.222.

aient accès à des installations sanitaires séparées et qu'elles ne soient gardées que par des femmes³⁷.

Le CGLPL rappelle que, sans méconnaître la nécessité d'assurer la sécurité des femmes détenues, il relève de la responsabilité de l'administration pénitentiaire de veiller au respect de l'intégrité des personnes qui lui sont confiées, mais il considère que « *cette protection ne peut se faire au détriment de la (re)construction d'une vie sociale qui ne saurait totalement exclure le rapport entre les sexes* »³⁸.

§ 3 : Vers un nécessaire allègement du principe de non-mixité

Si l'article premier du règlement intérieur type fixé à l'annexe à l'article R57-6-18 du CPP interdit la communication entre les hommes et les femmes détenus, il pose également une exception en faveur des activités organisées sur le fondement de l'article 28 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Ainsi, « *sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité des établissements et à titre dérogatoire, des activités peuvent être organisées de façon mixte* »³⁹. Le principe de non-mixité est assoupli par cette disposition mais les établissements pénitentiaires peinent à appliquer cet article. En effet, ils mettent en avant les exigences de sécurité et craignent des débordements lors de ces activités.

Le CGLPL demande donc la modification de l'article 1er du règlement intérieur type fixé à l'annexe de l'article R. 57-6-18 du CPP pour autoriser la mixité des mouvements en établissements pénitentiaires⁴⁰.

Cela permettrait, d'une part, de favoriser le décroisement des femmes et de leur offrir un accès aux activités équivalent à celui des hommes et donc plus équitable, plus diversifiée et moins stéréotypée au regard de leur genre⁴¹. Assurer une certaine mixité dans les

³⁷ <https://www.icrc.org/fr/doc/resources/documents/interview/women-health-prison-interview-020309.htm>

³⁸ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.6.

³⁹ Art.28 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JO RF, 25 novembre 2009, p.20192.

⁴⁰ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.8.

⁴¹ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.7.

établissements pénitentiaires conduirait, d'autre part, à aligner la vie en détention sur les conditions de vie en milieu ouvert, pour permettre un retour plus aisé dans la société. En effet, un personnel de surveillance mixte induit un certain degré de normalité dans les établissements pénitentiaires et a des effets bénéfiques d'un point de vue éthique.

Bien qu'il semble nécessaire de consacrer un principe de mixité dans les établissements pénitentiaires, certaines limites doivent lui être apportées. Tout d'abord, le consentement de la femme à évoluer dans une communauté mixte devra être exigé. Ainsi, une femme pourra être retirée d'une communauté mixte selon son parcours de vie. S'agissant du recours à la force et aux moyens de contrainte, et à la réalisation des fouilles corporelles, ils devront être réservés aux personnels féminins.

Pour autant, le principe d'égalité de traitement entre les hommes et les femmes détenus ne doit pas faire obstacle à la prise en compte des besoins spécifiques des femmes en terme de santé.

Chapitre 2 : L'accès aux soins spécifiques : l'organisation du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral

A ce jour, il n'existe pas de données françaises sur la prévalence des cancers en milieu carcéral ni d'étude sur les activités et les pratiques de dépistages des cancers.

Néanmoins, la Direction générale de la santé, en décembre 2013, explique que les femmes détenues sont susceptibles d'être plus exposées aux cancers. En effet, il y a d'abord une prévalence des cancers plus importante chez les femmes que les hommes. Ensuite, les femmes détenues peuvent présenter certains facteurs de risque favorisant les cancers du col de l'utérus par exemple (jeune âge, multi partenariat). Enfin, le point le plus important concerne la prise en charge des femmes incarcérées atteintes d'un cancer avec un probable retard de prise en charge et des difficultés pour accéder au corps soignant⁴².

⁴² Direction générale de la santé, « *État des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral* », décembre 2013, p.3

Ainsi, en France, si l'organisation de l'accès aux soins gynécologiques est garanti (section 1), elle présente certaines limites qui doivent être dépassées pour répondre aux besoins spécifiques des femmes détenues (section 2).

Section 1 : Un accès au dépistage des cancers féminins en principe garanti en milieu carcéral

L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁴³ garantit l'équivalence de la qualité et de la continuité des soins entre les personnes détenues et l'ensemble de la population (supra, p.6). Ainsi, les soins préventifs spécifiques aux femmes existant en milieu ouvert doivent être proposés, dans les mêmes conditions, aux femmes détenues. Les soins ici visés sont principalement le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Le plan cancer 2014-2019⁴⁴ a pour priorité majeure la réduction des inégalités et des pertes de chance face aux cancers.

En vertu de ces deux considérations, les femmes détenues doivent donc avoir accès et dans les mêmes conditions aux programmes de dépistage organisés des cancers que les personnes en milieu ouvert.

L'accès au dépistage des cancers repose sur une coordination entre l'USMP et la structure de gestion du dépistage des cancers dans le département, l'offre de soins peut donc déjà varier d'un département à l'autre. En effet, le CGLPL a relevé que, dans un établissement du Sud de la France pouvant héberger une quarantaine de femmes, un gynécologue est présent chaque jour, alors que, dans un établissement de l'Ouest de la France hébergeant le même nombre de femmes, le gynécologue n'est présent qu'une fois par mois⁴⁵.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus consiste en un frottis cervico-vaginal tous les trois ans, il est réalisé chez les femmes âgées de vingt-cinq à soixante-cinq ans. En principe, il est pratiqué par un médecin dans le cadre d'un bilan gynécologique. L'USMP doit donc être composé d'un médecin gynécologue ou d'un médecin généraliste pour réaliser ce frottis.

⁴³ Art.46 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

⁴⁴ <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

⁴⁵ CGLPL, « Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté », *JO RF* n°0041, 18 février 2016, texte n°89, p.8.

L'unité sanitaire doit aussi disposer d'équipements médicaux adéquats, d'un lieu de consultation permettant de protéger l'intimité des patientes et d'un personnel formé.

Le dépistage du cancer du sein repose sur une mammographie qui a lieu tous les deux ans à partir de cinquante ans et jusqu'à soixante-quatorze ans. L'accès à ce dépistage est organisé par l'hôpital de rattachement.

Pour autant, ce dispositif permettant aux femmes de bénéficier des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein est confronté aux exigences liées à l'environnement carcéral.

Section 2 : Les limites de l'organisation de l'offre de dépistage des cancers féminins

L'accès aux soins gynécologiques est très variable d'un établissement à l'autre, il a donc pour conséquence d'entraîner des inégalités entre les femmes. Aussi, l'offre de soins gynécologiques qui reste insuffisante. Moins de la moitié des unités sanitaires propose une consultation gynécologique aux femmes détenues⁴⁶.

Cette situation peut s'expliquer par un manque de ressources en personnel médical gynécologue (paragraphe 1) et par les contraintes pénitentiaires (paragraphe 2).

§ 1 : Une présence insuffisante de médecins gynécologues et de sages-femmes

Alors que les besoins des femmes détenues sont importants en terme de dépistage, le nombre de médecins gynécologues ou de sages-femmes exerçant en milieu carcéral est faible et ne permet pas de répondre à ces besoins.

Les établissements ont donc recours à des médecins généralistes pour assurer le suivi gynécologique des femmes. Or, tous les médecins généralistes ne réalisent pas de frottis par manque de formation ou par manque de temps.

Seconde hypothèse, les consultations gynécologiques peuvent également avoir lieu au sein des UHSI ou des centres hospitaliers situés à proximité. Une extraction médicale est alors

⁴⁶<https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/#:~:text=Depuis%20la%20loi%20de%201994,fortiori%20pour%20les%20soins%20gyn%C3%A9cologiques.>

nécessaire mais les conditions dans lesquelles elle est réalisée interrogent notamment au regard du respect de la dignité de la personne humaine (infra, p.32).

Si l'offre de soins gynécologiques est insuffisante pour répondre aux besoins de santé des femmes détenues, les problèmes d'attractivité médicale concernent plus largement l'ensemble de la population carcérale. Ils sont d'ailleurs renforcés dans les régions déjà confrontées à la désertification médicale. La faible attractivité médicale en établissement pénitentiaire s'explique par les conditions de travail en milieu pénitentiaire et une valorisation insuffisante de la discipline des professionnels au sein du corps médical.

La feuille de route 2019-2022⁴⁷ consacrée à la santé des personnes placées sous main de justice confirme cette volonté de renforcer l'attractivité médicale en milieu pénitentiaire avec deux actions : le déploiement, dans chaque région, des interventions des étudiants du service sanitaire en direction des personnes placées sous mains de justice et des jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse ; et la valorisation des carrières des professionnels de santé en milieu pénitentiaire. L'objectif est, par la réalisation d'actions de prévention en santé, d'assurer l'accès aux soins des personnes détenues dans des délais raisonnables mais également de sensibiliser les futurs professionnels de santé à cette population.

Il convient donc de rappeler que, bien que les femmes ne représentent qu'une faible proportion de la population carcérale, leurs besoins de santé spécifiques ne doivent pas être ignorés.

Ainsi et pour réduire autant possible les inégalités de santé entre les hommes et les femmes détenus et entre les femmes détenues elles-mêmes, il est nécessaire de développer, dans chaque établissement accueillant des femmes, les moyens médicaux adaptés en temps gynécologue, de former des médecins généralistes à la réalisation de frottis et de renforcer les équipes par des sages-femmes. A la condition que la situation pénale de la femme le permette, l'accès aux soins gynécologiques pourrait aussi être facilité par des aménagements de peine

⁴⁷ BELLOUBET (Nicole) et DUBOS (Christelle), « *Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022* », 2 juillet 2019, p.26.

comme les permissions de sortie permettant à une femme de réaliser les examens à l'extérieur⁴⁸.

§ 2 : Un dépistage des cancers féminins freiné par les contraintes carcérales

L'offre de soins gynécologiques étant insuffisante en prison, il est impossible, pour une femme, de choisir son gynécologue. La relation patient-médecin peut être compromise d'autant plus que l'essentiel des femmes refuse les dépistages du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein lorsqu'ils sont réalisés par des médecins hommes. Or, selon la taille des équipes ou la disponibilité des professionnels, aucune alternative n'est possible.

Pour le dépistage du cancer du sein, l'accès à la mammographie dépend de l'hôpital de rattachement qui est chargé de son organisation. Certaines femmes refusent de se rendre à l'examen par crainte du caractère humiliant de l'escorte : port de moyens de contrainte et présence du personnel de surveillance pendant les soins (infra, p.32).

En milieu pénitentiaire, le dépistage est réalisé en individuel ce qui ne garantit pas l'équivalence avec le dépistage organisé en milieu libre : il n'y a pas de double lecture⁴⁹.

Finalement, les organisations carcérales et les conditions de prise en charge lors des examens conduisent les femmes à refuser les consultations. Or, cela renforce leur situation de vulnérabilité et dégrade directement leur état de santé.

Comme cela a été évoqué, au sein des unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire, l'accès aux soins des femmes peut être limité. Des extractions médicales vers l'hôpital de rattachement sont donc nécessaires, l'administration pénitentiaire doit veiller à ce qu'elles se déroulent dans le respect de la dignité de la personne détenue.

Ce respect doit également être garanti par la préservation de la confidentialité des soins et des informations concernant la patiente.

⁴⁸ Direction générale de la santé, « État des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral », décembre 2013, p.19.

⁴⁹ Direction générale de la santé, « État des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral », décembre 2013, p.19.

DEUXIÈME PARTIE - DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE ET PÉNITENTIAIRE DIFFICILEMENT CONCILIAIBLES

Les extractions médicales permettent à une femme de bénéficier d'une consultation spécialisée, hors de l'USMP, auprès de l'établissement de santé de rattachement. Elles peuvent également avoir lieu en cas d'urgence.

En principe, un niveau d'escorte est défini par la commission pluridisciplinaire unique (CPU) pour chaque détenue et il est réévalué par le chef d'escorte à chaque extraction. Ce niveau détermine le niveau de sécurité à appliquer dans la composition de l'escorte ainsi que les moyens de contrainte à appliquer⁵⁰.

Le niveau d'escorte doit nécessairement être adapté aux circonstances de l'extraction. Ainsi, il peut être minoré dès lors que l'état de santé de la détenue empêche l'utilisation des moyens de contrainte normalement rattachés au niveau d'escorte. L'escorte d'une femme détenue doit être composée d'un personnel de surveillance féminin si la composition et l'organisation du service le permettent.

Si des règles spécifiques existent en matière d'extractions médicales pour les femmes enceintes détenues ou faisant l'objet d'un examen gynécologique, elles ne sont pas forcément respectées et les atteintes à la dignité de cette population spécifique sont régulièrement dénoncées par le CGLPL.

Or, les atteintes à la dignité des femmes détenues lors des extractions médicales ont un effet direct sur l'accès aux soins. En effet, par crainte d'une humiliation, certaines femmes refusent de se rendre à des consultations ou à des examens médicaux (chapitre 1).

Lorsque les consultations ont lieu dans les unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire, les professionnels de santé doivent veiller à ce que l'administration pénitentiaire, au nom des principes de sécurité, n'aient pas accès aux informations médicales concernant les détenues. En effet, bien que détenues, les patientes bénéficient des mêmes droits qu'en milieu ouvert.

⁵⁰ CGLPL, « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », JO RF n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, p.2.

Le secret professionnel s'impose donc également aux médecins intervenant en milieu carcéral. Il leur appartient d'assurer ce respect.

Si le secret professionnel est, en principe garanti par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités judiciaires et pénitentiaires, il peut être compromis (chapitre 2). En effet, le chef d'établissement ne dispose d'aucune autorité sur le corps soignant qui rend des constatations cliniques indépendantes de toute notion de prévention de la récidive. Il peut donc exister un climat de défiance entre le personnel soignant, d'une part, et le personnel pénitentiaire, d'autre part, qui ne comprend pas ce cloisonnement des informations.

Chapitre 1 : Des conditions d'extractions médicales pouvant porter atteinte à la dignité d'une femme détenue

En principe, les soins des détenues sont réalisés au sein des unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire mais faute d'un nombre suffisant de spécialistes, l'administration pénitentiaire est contrainte de recourir à des consultations médicales dans les établissements de santé de proximité (section 1). Dans ce cadre, les logiques de soins et de sécurité s'opposent, ce qui peut porter atteinte aux droits fondamentaux des femmes et notamment au respect de leur dignité (section 2).

Section 1 : Un recours aux extractions médicales justifié par la faible offre de soins en milieu carcéral

Le faible nombre de spécialistes intervenant en milieu carcéral et les contraintes inhérentes à la sous-représentation des femmes dans les établissements pénitentiaires impliquent de se rendre dans l'établissement de santé de rattachement. Le recours à ces consultations spécialisées est assuré par une escorte pénitentiaire.

Le CGLPL considère que le recours aux extractions médicales est trop important d'autant plus que les modalités de ce dispositif présentent certaines limites (infra, p.32).

Il convient donc de renforcer la présence des spécialistes dans les unités médicales, de développer la télémédecine au moins pour pallier cette pénurie et assurer un certain suivi. Aussi, le CGLPL considère qu'une réflexion doit être menée *« au sein de chaque établissement pénitentiaire entre les différents services concernés (direction, service pénitentiaire d'insertion et de probation, unité sanitaire et services de l'application des peines) afin que les personnes détenues remplissant les conditions légales puissent bénéficier de permissions de sortir pour se rendre seules dans un établissement de santé et y bénéficier de consultations médicales »*⁵¹.

Les femmes doivent avoir accès à des consultations gynécologiques mais au sein des établissements pénitentiaires, les équipements médicaux ne sont pas adaptés, l'intimité n'est pas protégée et le personnel nécessaire n'est pas suffisant. Sur ce dernier point, il est difficile

⁵¹ CGLPL, « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », JO RF n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, p.2.

d'imposer aux établissements de santé publics une affectation de leur personnel car ils restent autonomes dans le domaine de la gestion du personnel⁵².

C'est donc ce qui justifie le recours aux extractions médicales mais la logique sécuritaire liée au statut de détenue d'une femme faisant l'objet d'une extraction prévaut souvent face au nécessaire respect de ses droits fondamentaux.

Section 2 : Des atteintes à la dignité des femmes constatées lors des extractions médicales

A de nombreuses reprises, le CGLPL a souligné les limites des extractions médicales et notamment les conditions dans lesquelles elles se déroulaient avec, par exemple, le port de moyens de contrainte (paragraphe 1) et/ou la présence d'un personnel de surveillance (paragraphe 2).

Or, le respect de la dignité d'une femme détenue impose que le port de moyens de contrainte et que sa surveillance soient strictement proportionnés au risque qu'elle présente.

§ 1 : Le port quasi-systématique de moyens de contrainte

L'existence d'une fiche de motivation des moyens de contrainte permet d'évaluer la situation d'une personne détenue, son risque d'évasion, d'agression et autres troubles à l'ordre public selon quatre niveaux déterminés.

Si l'évaluation du niveau de sécurité à mettre en œuvre lors d'une extraction médicale doit être individualisée au regard du comportement de la personne détenue, de sa personnalité, de sa situation pénale et de son état de santé⁵³, ce dispositif ne permet pas, en pratique, d'assurer une motivation circonstanciée du recours aux moyens de contrainte. En effet, les personnes détenues sont presque toujours menottées.

Ainsi, plusieurs femmes détenues ont témoigné avoir été menottées lors de leurs extractions médicales en vue de consultations gynécologiques.

⁵² PONSEILLE (Anne), « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », RDS, n°68, 2015, p. 797-800.

⁵³ CGLPL, « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », JO RF n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, p.3.

Le CGLPL a donc rappelé le principe prévu à l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 selon lequel « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues* »⁵⁴.

Cette position est confirmée par les dispositions spécifiques qui existent en matière d'extractions médicales des femmes enceintes ou soumises à un examen gynécologique⁵⁵. Ainsi, à partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes ou faisant l'objet d'un examen gynécologique ne doivent en aucun cas être simultanément menottées et entravées, quelles que soient la nature de la consultation et les circonstances, et y compris pendant le trajet entre l'établissement et le lieu de consultation.

En effet, il est relativement évident que, dans ces circonstances, les femmes sont dans une certaine position de vulnérabilité et les moyens de contrainte sont disproportionnés par rapport au risque encouru.

La France a déjà été condamnée par la CEDH le 26 mai 2011 pour violation du respect dû à la dignité de la personne détenue dans le cadre d'un examen médical. En l'espèce, une femme enceinte avait été menottée et entravée lors des actes médicaux, sous la vue du personnel d'escorte⁵⁶.

L'accès aux consultations hospitalières, dans l'établissement de santé, peut aussi être compromis par la présence des surveillants lors des examens médicaux.

§ 2 : La présence de personnels pénitentiaires pendant les soins

Ce paragraphe ne s'intéresse qu'à la présence des personnels de surveillance lors des consultations hospitalières qui ont lieu en dehors de l'établissement pénitentiaire. Le secret professionnel au sein des USMP fera l'objet de développements dans le chapitre suivant (infra, p.35).

⁵⁴ Art.52 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

⁵⁵ Instruction interministérielle n°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, *JO RF*, 19 décembre 2017, 459p.

⁵⁶ CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, n° 19868/08, RSC 2011. 707, obs. D. Roets ; N. Fricero, *Utilisation de menottes et d'entraves lors des actes médicaux, sous la vue du personnel d'escorte*, Procédures 2011, comm. 230

Les articles D. 396 et 397 du CPP disposent que « *les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé* ». Dans ce cadre, « *les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins* ».

Cela signifie que les différents niveaux de sécurité prévus par l'administration pénitentiaire n'impliquent pas systématiquement une surveillance lors des consultations. Or, en pratique, la présence des surveillants, pendant les examens, est souvent imposée par le personnel pénitentiaire et elle n'est pas remise en cause par les médecins.

Le CGLPL demande donc à ce que les directives émises par l'administration pénitentiaire soient strictement appliquées. En effet, par application de l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁵⁷ et afin d'assurer le droit intangible à la dignité des femmes détenues, les examens gynécologiques doivent hors la présence du personnel pénitentiaire. En effet, le droit au respect et à la confidentialité des soins lors des consultations n'est pas respecté dès lors que les surveillants y assistent pour des raisons de sécurité. La présence des personnels de l'escorte ne permet pas d'assurer la nécessaire préservation du secret médical (infra, p.38).

Suite à l'avis du CGLPL⁵⁸, le ministre des affaires sociales a répondu qu'il existe une démarche de certification des pratiques et que la protection du secret médical est vérifiée, c'est le cas avec la présence de rideaux tirés et des portes de sas fermées pendant les consultations médicales. Mais cela ne semble pas suffisant alors même qu'il s'agit d'une problématique importante ayant des conséquences sur l'accès aux soins des femmes détenues et donc sur leur état de santé⁵⁹.

Si les agents des escortes doivent connaître des informations médicales de détenues, il leur appartient de faire preuve de la plus grande discrétion possible.

Il en est de même lorsque le personnel pénitentiaire accompagne une détenue à une consultation au sein des USMP. Si sa présence est également interdite, il appartient aux médecins de faire respecter le secret professionnel auquel ils sont soumis.

⁵⁷ Art. 52 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

⁵⁸ CGLPL, « *Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé* », *JO RF* n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, p.3.

⁵⁹ PONSEILLE (Anne), « *Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé* », *RDS*, n°68, 2015, p. 797-800.

Chapitre 2 : Une difficile préservation du secret professionnel au sein des établissements pénitentiaires

Le secret professionnel est garanti par le CSP et le Code pénal (CP) En effet, l'article L. 1110-4 du CSP dispose que « *toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ». Le CP punit la violation du secret professionnel d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende⁶⁰.

Le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients, il s'impose à tout médecin et permet de créer une relation de confiance entre le médecin et son patient. D'une part, il permet de garantir l'accès aux soins de la personne et le maintien, voire l'amélioration, de son état de santé; et d'autre part, de prévenir le risque d'atteinte à l'intégrité physique et psychique d'autrui. Ces deux garanties sont d'autant plus importantes en milieu carcéral que la dégradation de l'état de santé de la population est régulièrement mise en avant.

En l'espèce, la relation de confiance patient/médecin est garantie par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de ses fonctions de soins. Ainsi, l'échange d'informations entre les personnels sanitaires et pénitentiaires doit donc respecter le droit au secret médical (section 1).

La difficulté de cet échange réside dans le contenu des informations qui peuvent être divulguées sans compromettre la vie privée de la détenue et son intégration. Aussi, l'organisation des USMP peut porter atteinte au secret professionnel (section 2).

⁶⁰ CP, art.226-13.

Section 1 : Une stricte d'application du secret professionnel en milieu pénitentiaire

En vertu de l'article R. 4127-4 du CSP, le secret professionnel est une obligation déontologique pour le médecin (paragraphe 1) mais il est confronté à la question de l'échange d'informations avec le personnel pénitentiaire (paragraphe 2).

§ 1 : Le rôle des soignants dans le respect du secret professionnel

Un médecin peut être traduit par une détenue devant les chambres disciplinaires en cas de non-respect du secret médical. En effet, cela brise la relation de confiance avec sa patiente détenue. Aussi, le non-respect du secret professionnel peut avoir des conséquences négatives pour une détenue qui peut subir des réactions, violences de la part des autres détenues ou des attitudes stigmatisantes de la part du personnel pénitentiaire.

Or, pour le médecin, les détenues sont des patientes comme les autres qui doivent être traitées de la même manière⁶¹. Elles ont donc droit au respect du secret médical dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002⁶².

Les médecins ne doivent donc pas se soumettre aux exigences de la détention, ils doivent exercer selon le principe d'équivalence des soins. En effet, le docteur Piernick CRESSARD, président de la section Éthique et Déontologie du conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que « *les médecins exerçant en USMP sont uniquement dans le soin et n'ont pas à se prononcer sur l'état de santé d'un détenu, qui lui permettrait ou non d'aller au quartier disciplinaire, ni à donner les antécédents, le diagnostic d'une pathologie. Ils doivent se borner à des constatations cliniques sans le rattacher à une étiologie particulière* »⁶³.

Le rôle du médecin est donc de prendre toutes les mesures permettant d'assurer le respect de la confidentialité des informations médicales concernant les patientes placées en détention.

Pour rappel, les USMP sont rattachées à un établissement hospitalier mais elles ne sont pas subordonnées à l'administration pénitentiaire. La conséquence est des tensions entre les deux corps de métier puisque l'administration pénitentiaire souhaite disposer d'informations sur l'état de santé d'une détenue, en vue de prévenir tout risque d'agression ou de suicide.

⁶¹ CSP, art.4127-7.

⁶² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO RF, 5 mars 2002, p.4118.

⁶³ Conseil National de l'Ordre des médecins, « *Prisons : menace sur le secret médical* », *Bulletin d'information de l'Ordre National des médecins*, n°18, 2011, p. 23.

Or, en vertu de l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, seul « *un risque sérieux pour la sécurité des personnes implique que les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque le signalent, dans les plus brefs délais, au directeur de l'établissement pénitentiaire en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection* »⁶⁴.

L'échange d'informations entre le corps médical et la détention est rendu possible mais il est limité à l'existence d'un risque sérieux. Il doit également se dérouler dans les conditions prévues par cet article. Dans ce cas, l'échange d'informations a pour objectif de préserver la sécurité sanitaire de la détenue et son environnement.

§ 2 : La question de l'échange d'informations entre le personnel médical et le personnel de l'administration pénitentiaire

L'article L. 1110-4 du CSP permet à un professionnel d'échanger « *avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ».

Ainsi, il convient d'étudier les dispositions de cet article. Selon les termes de l'article, les professionnels doivent participer à la prise en charge du patient, et non du détenu, ce qui exclut les surveillants et agents pénitentiaires. Les informations doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social, ce qui ne doit pas être confondu avec la lutte contre la récidive ou la politique pénale⁶⁵.

Ce sont deux logiques différentes qui s'opposent : une logique de soins et une logique de sécurité. En principe, les surveillants et les agents pénitentiaires n'ont donc pas à connaître d'informations sur l'état de santé d'une détenue.

⁶⁴ Art. 45 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

⁶⁵ MIKUSKOVIC (Volodia), PECHILLON (Eric), « *Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral* », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431.

Mais, en pratique, le respect du secret professionnel et de la vie privée de la détenue est confronté aux demandes d'informations du personnel pénitentiaire pour prévenir différents risques (suicides, évasions, débordements...). En effet, dès lors que d'autres professionnels interviennent dans l'accompagnement du patient, les frontières du secret professionnel sont poreuses et les informations peuvent être utilisées à des fins non-médicales.

Ce sont finalement les contraintes carcérales qui compromettent le secret professionnel et également la confidentialité des soins.

Section 2 : Un secret professionnel compromis en milieu carcéral

Au sein des établissements pénitentiaires, une CPU est institué. Elle est une instance qui examine la situation et le parcours pénal d'un détenu.

L'article D. 90 du CPP, issu du décret n°2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le CPP⁶⁶, fixe la composition de cette commission. Un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire ou du SMPR désigné par l'établissement de rattachement peut notamment assister aux réunions de la commission sur convocation du chef d'établissement.

En pratique, si certains médecins se rendent aux réunions de la commission, la majorité refuse en rappelant que leur médecine est centrée sur le soin et non sur une éventuelle prévention de la récidive. En effet, lors des CPU, des informations sur les détenues peuvent leur être demandées. Ainsi, le Docteur François MOREAU, responsable de l'USMP de Versailles-Bois-d'Arcy et vice-président du Syndicat des praticiens exerçant en prison (SPEEP) explique que « *de manière récurrente, on tente d'instrumentaliser le corps médical pour qu'il devienne un agent d'information dans un but sécuritaire...* »⁶⁷.

Au delà des atteintes récurrentes au secret professionnel liées à la demande accrue d'informations sur les détenues exprimée auprès des soignants par le personnel pénitentiaire, l'aménagement des unités sanitaires conduit aussi à compromettre le secret professionnel.

⁶⁶ Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale, *JO RF*, 28 décembre 2010, p.22796.

⁶⁷ Conseil National de l'Ordre des médecins, « *Prisons : menace sur le secret médical* », *Bulletin d'information de l'Ordre National des médecins*, n°18, 2011, p. 25.

En effet, dans les USMP, la confidentialité des soins est limitée du fait de l'exiguïté des locaux, les dossiers médicaux peuvent être rangés dans une armoire à la disposition de tous, et le CGLPL dénonce également la présence d'un personnel de surveillance dans la salle de consultation ou à proximité⁶⁸.

A ce titre, il s'agirait de garantir la confidentialité des soins par la création de locaux plus grands et adaptés comme l'aménagement d'une aile de l'établissement pénitentiaire dédiée aux consultations et une informatisation des dossiers médicaux qui permettrait également de faciliter les échanges avec le personnel de l'hôpital de rattachement.

Une femme peut être incarcérée alors qu'elle est enceinte ; sa grossesse peut aussi être révélée au cours de la détention. Dans ce cas là, le législateur a pris des dispositions particulières qui ont pour objectif de limiter la situation d'incarcération de la femme enceinte ou de permettre l'accueil de l'enfant auprès de sa mère dans des conditions appropriées.

.

⁶⁸ CGLPL, « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », JO RF n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, p.3.

TROISIÈME PARTIE - LE CAS PARTICULIER DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUES ENCEINTES OU AVEC LEUR NOURRISSON

Pour une femme enceinte privée de liberté, le législateur a pris des dispositions particulières. En effet, l'article 708-1 du CPP, issu de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, dispose que « *lorsque doit être mise à exécution une condamnation à une peine d'emprisonnement concernant une femme enceinte de plus de douze semaines, le procureur de la République ou le juge de l'application des peines s'efforcent par tout moyen soit de différer cette mise à exécution, soit de faire en sorte que la peine s'exécute en milieu ouvert* »⁶⁹. L'article 147-1 du CPP, issu de la même loi, permet également à une femme enceinte détenue de bénéficier du dispositif de droit commun de mise en liberté pour motif médical.

Le principe est donc de rechercher toute mesure alternative limitant la situation d'incarcération d'une femme enceinte ou mère d'un jeune enfant. Ce principe se justifie par plusieurs préoccupations toutes guidées par l'intérêt supérieur de l'enfant : la nécessaire présence d'un enfant auprès de sa mère, le caractère insupportable de la présence d'un enfant en prison et une préoccupation morale également, comment expliquer l'enfermement d'un être innocent...

Mais si la décision d'incarcération s'impose et que la mère refuse une séparation, l'accueil de l'enfant doit être organisé par l'administration pénitentiaire. Celle-ci doit donc considérer les conditions de prise en charge de la femme enceinte, ou de la mère et de son enfant.

Le droit à la maternité en détention est consacré par le CPP et notamment par l'article D. 401 qui permet à un enfant d'être laissé auprès de sa mère jusqu'à ses dix-huit mois. L'exercice de ce droit permet de favoriser la réinsertion de la femme incarcérée qui peut prendre conscience de sa capacité à assumer des responsabilités pour elle et pour son enfant⁷⁰. Pour autant,

⁶⁹ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, *JO RF*, 17 août 2014, p.13647.

⁷⁰ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Conseil de l'Europe, Fiche thématique « *Les femmes en prison* », janvier 2018, p.6.

l'exercice de ce droit à la maternité doit être accompagné par le personnel médical ou le personnel pénitentiaire.

La condition carcérale d'une femme détenue soulève donc des questions importantes en cas de grossesse ou dès lors que l'enfant est présent avec elle en détention. Le bien-être et l'intérêt supérieur de l'enfant supposent que tous les soins pré- et postnataux assurés en détention soit équivalents à ceux dispensés en milieu ouvert.

Si la prise en charge de la future maternité doit être organisée (chapitre I), la prison doit également accepter la création du lien maternel entre une mère détenue et son bébé avec la création de « quartiers mères-enfants ». Pour autant, il faut également souligner combien, dans un environnement carcéral, le plein accès aux soins auxquels le nourrisson devrait avoir droit est difficile (chapitre II).

Chapitre 1 : Les modalités de la prise en charge prénatale

En principe, une femme enceinte détenue doit bénéficier du même suivi, de la même préparation à l'accouchement et des mêmes droits qu'une femme enceinte en milieu ouvert.

Il convient donc d'étudier les moyens mis en œuvre pour satisfaire cette exigence lors de sa grossesse (section 1) puis lors de l'accouchement (section 2).

Section 1 : Le suivi pré-partum

Lorsqu'une grossesse est constatée en détention, la situation d'enfermement ne doit pas faire obstacle au droit d'une femme à son intégrité corporelle. Une femme en prison doit donc disposer de l'accès à la pilule abortive, et à la possibilité de demander une interruption volontaire de grossesse (IVG) si elle ne souhaite pas poursuivre sa grossesse. Si la femme le décide, l'IVG doit être réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun et aux recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de santé (HAS).

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice⁷¹ précise les modalités de prise en charge de la santé des femmes enceintes.

Le suivi de la grossesse est assuré par le médecin de l'unité sanitaire. Il doit veiller à ce que la grossesse soit déclarée dès que celle-ci est constatée ou, au plus tard, avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse. La déclaration de grossesse permet à la femme de bénéficier du suivi médical prévu par la loi.

Ainsi, les examens et les bilans obligatoires, tous les actes et examens remboursables à compter du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. La femme peut également bénéficier des prestations offertes par la caisse d'allocations familiales.

Suite à la déclaration de grossesse, la femme enceinte bénéficie d'une information adaptée à sa situation, d'un accompagnement spécifique (entretien prénatal précoce et sept séances de

⁷¹ Instruction interministérielle n°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, *JO RF*, 19 décembre 2017, p.324-326.

préparation à la naissance), d'un suivi prénatal médical obligatoire adapté au niveau de risque maternel et/ou fœtal. Elle se voit également proposer la réalisation de trois échographies obstétricales.

L'entretien prénatal précoce a pour but de repérer certaines situations de vulnérabilité qui pourraient relever d'une orientation spécialisée dès le début de la grossesse (entretien psychologique, consultation d'addictologie...).

Dans le cadre de ce suivi, la femme enceinte peut bénéficier d'une IVG pour motif médical.

Ensuite, le suivi de grossesse de la femme enceinte est réalisé par le médecin de l'USMP, par un gynécologue obstétricien ou par une sage-femme. Ce choix revient à la femme qui dispose de la même liberté de choisir son praticien garanti à l'article R. 4127-6 du CSP mais il peut aussi s'imposer à elle selon ses besoins. En pratique, cette liberté est théorique puisque peu de gynécologues ou de sages-femmes souhaitent exercer en milieu pénitentiaire (supra, p.26).

La survenue d'une situation à risque peut nécessiter une hospitalisation prénatale en urgence et, le cas échéant, dans un établissement de santé adapté au niveau de risque identifié. En principe, cette hospitalisation doit avoir lieu dans l'hôpital de rattachement mais elle peut aussi se dérouler dans un autre établissement de santé. Les établissements de santé pouvant dispenser des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier si besoin, dans des conditions définies par voie réglementaire, sont précisés dans le protocole cadre (supra, p.6).

Si le suivi de la grossesse de la femme enceinte placée en milieu carcéral est essentiellement assuré par le corps médical, l'administration pénitentiaire y participe également. En effet, elle doit notamment s'assurer que les conditions de détention permettent un déroulement normal de la grossesse.

Par exemple, le CPT considère que les femmes enceintes, bien que détenues, doivent pouvoir bénéficier d'un régime alimentaire à haute teneur en protéines, riche en fruits et légumes frais⁷². Les locaux doivent aussi être adaptés notamment au confort, à l'intimité et les détenues doivent pouvoir bénéficier des soins d'hygiène nécessaires. Les conditions d'accueil minimales auxquelles les femmes enceintes peuvent prétendre sont les mêmes que les femmes détenues avec leur enfant (infra, p.45).

⁷² Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Conseil de l'Europe, Fiche thématique « *Les femmes en prison* », janvier 2018, p.5.

Section 2 : L'accouchement et la suite de couches

En principe, une femme enceinte doit accoucher dans une maternité d'un niveau adapté à sa prise en charge ou à celle du nourrisson.

L'accouchement en détention est une exception qui ne doit concerner que les cas d'urgence. Dans cette hypothèse, seuls le nom de la rue et le numéro de l'immeuble sont mentionnés dans l'acte d'état civil de l'enfant, sans mention du nom de l'établissement⁷³.

Lors de l'extraction de la femme enceinte de l'établissement pénitentiaire, le personnel doit être composé d'au moins un personnel féminin. Afin de garantir le droit au respect de la dignité et de l'intimité des femmes détenues posé à l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009⁷⁴, l'accouchement doit se dérouler sans menottes et entraves et hors de la présence du personnel pénitentiaire (supra, p.32).

Pour préserver les liens familiaux de l'enfant à naître, la mère peut demander à ce que le père assiste à l'accouchement. Si le père est également détenu et sous réserve de l'accord de la mère, il pourra demander une permission de sortie.

Conformément à l'article L. 2132-1 du CSP, un carnet de santé est délivré pour tout enfant dès la déclaration de naissance. En pratique, il est remis à la mère à la maternité. Les informations qu'il contient sont soumises au secret médical. Cet article, applicable aux femmes en milieu ouvert, permet alors de responsabiliser les femmes détenues qui, titulaires de l'autorité parentale, assurent la prise en charge quotidienne de leur enfant.

Après la naissance, le fait de retirer immédiatement l'enfant à sa mère peut être considéré comme un traitement dégradant⁷⁵. En effet, même si la mère a décidé de ne pas garder son enfant avec elle en détention, elle doit tout de même avoir la possibilité de passer une certaine période avec lui.

Après l'accouchement, l'unité sanitaire et le service de gynécologie obstétrique assurent le suivi de la mère. Des séances de rééducation pelvienne et abdominale peuvent lui être

⁷³ CPP, art.D.400.

⁷⁴ Art.52 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

⁷⁵ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Conseil de l'Europe, Fiche thématique« *Les femmes en prison* », janvier 2018, p.6.

proposées. Si elle décide de recourir à l'allaitement, elle doit être accompagnée en ce sens. Au plus tard huit semaines après l'accouchement, une consultation postnatale est obligatoirement organisée, elle aborde notamment la question de la prescription d'une contraception post-partum.

Suite à son accouchement, la mère peut décider de l'accueil de son enfant en détention.

Chapitre 2 : Une prise en charge postnatale dans des « quartiers mères-enfants »

Si les conditions de détention d'une mère avec son enfant varient sur le territoire national, elles sont tout de même décrites comme « meilleures » que les autres femmes, par les détenues elles-mêmes ou le personnel pénitentiaire. Mais, si leur situation semble plus favorable pour certaines, les mères sont placées sous surveillance parce qu'elles sont perçues comme une population à risque. Le risque désigne ici le danger éducatif et psychologique que peuvent représenter ces femmes, potentielles « *mauvaises mères* »⁷⁶.

Bien que le milieu carcéral ne soit pas un environnement favorable au développement de l'enfant (section 1), les conditions de détention mises en place tentent de pallier cette difficulté. Elles sont donc avantageuses dans l'intérêt de l'enfant et non dans l'intérêt propre de la femme (section 2).

Les conditions d'accueil d'un enfant laissé auprès de sa mère incarcérée font l'objet de la circulaire du 18 août 1999. L'objectif est d'uniformiser les conditions matérielles de séjour en détention des enfants, et d'accorder la situation générée par la détention de la mère avec les règles de droit commun relative à l'exercice de l'autorité parentale et avec les prestations d'action sanitaire et sociale⁷⁷.

⁷⁶ CARDI (Coline), « *Les quartiers mères-enfants : l'autre côté du dedans* », *Champ pénal/Penal Field (en ligne)*, Vol. XI, 2014, p.5.

⁷⁷ Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

Section 1 : La difficile conciliation de la présence de la mère auprès de son enfant et de la présence d'un enfant en prison

Lorsqu'une femme est privée de liberté, le choix de la séparer de son enfant ou d'associer ce dernier à la privation de liberté pour éviter les effets de la séparation n'est pas une alternative satisfaisante (paragraphe 1). Ce constat a été posé par le CGLPL, dans un avis rendu le 8 août 2013⁷⁸, qui rappelait son souhait qu'une réflexion soit engagée « *sur l'absence d'incarcération des mères accompagnées de très jeunes enfants, prenant la forme ou bien d'une impossibilité se traduisant par un aménagement de peine, ou bien à tout le moins, d'une suspension de peine pour motif de maternité* »⁷⁹. Mais puisque le droit permet à une mère de décider de garder son enfant avec elle, les conditions carcérales de la mère et de son enfant doivent être adaptées à la présence d'un enfant en prison (paragraphe 2).

§ 1 : Les contraintes carcérales de la mère en contradiction avec les besoins éducatifs de l'enfant

Le choix de garder ou non son enfant en détention revient à la mère lors de son incarcération. Préalablement, il faut, à l'évidence, vérifier que la mère ne fasse pas l'objet d'une décision de retrait ou de déchéance de l'autorité parentale.

La décision de la mère n'a aucune conséquence sur l'autorité parentale. L'autorité judiciaire et l'administration pénitentiaire ne peuvent pas s'opposer à sa décision, sauf en cas de dépassement des capacités d'accueil des établissements figurant sur la liste des établissements équipés pour recevoir des enfants ou en cas d'existence d'une situation de danger pour la santé, la sécurité ou la moralité de l'enfant.

En effet, le choix du lieu d'affectation de la mère relève de l'autorité judiciaire ou de l'administration pénitentiaire, il se fait parmi les établissements équipés à recevoir des enfants. Au premier janvier 2020, la section française de l'Observatoire International des Prisons (OIP) a recensé soixante-seize places de nurseries réparties dans vingt-neuf établissements en métropole et en outre-mer⁸⁰. La répartition géographique de ces places est

⁷⁸ CGLPL « Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues », JO RF n°0204, 3 septembre 2013, texte n°48, p.1.

⁷⁹ CGLPL « Rapport annuel 2010 », ed. Dalloz, 2011, p.193.

⁸⁰ <https://oip.org/infographie/etre-mere-en-prison/>

très hétérogène, l'essentiel est concentré sur le territoire de Fleury-Mérogis puisque quinze places sont réservées à des mères avec des enfants.

La naissance d'un enfant lors de l'incarcération de la mère peut donc la contraindre à changer d'établissement, à s'éloigner de ses proches ce qui renforce son isolement du cercle familial et peut conduire à des ruptures des liens familiaux ou conjugaux (supra, p.19).

Pour trouver un équilibre entre l'intérêt de la mère et celui de l'enfant, la détention d'une mère avec son nourrisson a donc lieu dans des quartiers adaptés à leur situation dans les établissements pénitentiaires.

La présence du nourrisson auprès de sa mère est limitée à dix-huit mois après sa naissance⁸¹, cette limitation arbitraire correspond à l'âge auquel l'enfant commence à se déplacer facilement et à prendre conscience de l'enfermement. Il peut être dérogé à l'âge limite de dix-huit mois, sur décision exceptionnelle et après avis d'une commission notamment lorsque la date de libération de la mère suit de peu la limite des dix-huit mois ou par survenue d'un événement exceptionnel.

Chaque année, quatre-vingt quinze enfants sont ainsi accueillis au sein de ces « quartiers mères-enfants »⁸².

Différents principes s'imposent aux pouvoirs publics et notamment à l'administration pénitentiaire dans l'organisation de la vie de la mère et de l'enfant en prison : *« aider à la prise en charge effective de l'enfant par sa mère ; de s'abstenir de toute mesure qui pourrait nuire au développement normal de l'enfant ; de faciliter les relations entre l'enfant et ses parents, y compris son père, dès lors du moins que celui-ci a reconnu l'enfant ainsi qu'avec le reste de la famille ; de ne laisser corollairement aucun des besoins essentiels de l'enfant sans satisfaction ; de faire jouer aux services de droit commun en matière de petite enfance tout leur rôle, en particulier dans les domaines sanitaire et social »*⁸³.

Si ces principes sont essentiels, leur application est complexe face à la logique sécuritaire qui est celle de la détention. Pour autant, en cas de conflit entre les normes de sécurité et celles exigées pour la mère et l'enfant, *« l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »* et le statut de mère doit l'emporter sur celui de personne détenue.

⁸¹ CPP, art.D.401.

⁸² <https://oip.org/infographie/etre-mere-en-prison/>

⁸³ Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

En principe, la recherche de l'équilibre entre les impératifs de sécurité et de dignité des personnes dans les « quartiers mères-enfants » se traduit par l'élaboration d'un règlement intérieur diffusé aux femmes concernées.

§ 2 : Une modification des équipements et des missions des personnels de surveillance permettant l'accueil d'un enfant avec sa mère détenue

Les règles des « quartiers mères-enfants » doivent donc être adaptées pour permettre de garantir la dignité des mères, des normes d'équipements (A) et d'encadrement (B) particulières sont également nécessaires pour organiser l'accueil des enfants avec leur mère détenue.

A) Un accueil d'un enfant en détention soumis à un aménagement des locaux

L'accueil d'un enfant laissé auprès de sa mère incarcérée doit avoir lieu dans des locaux spécialement aménagés.

Ainsi, les « quartiers mères-enfants » doivent permettre à une femme et à son enfant de bénéficier de conditions de détention appropriées. Ils doivent être conformes aux conditions minimales d'accueil suivantes : « *eau chaude dans les cellules ; aménagement de la cellule pour permettre une séparation de l'espace de la mère et de celui de l'enfant (la télévision devant se trouver hors de l'espace de l'enfant) ; localisation des cellules permettant l'ouverture des portes pendant la journée ; superficie de la cellule individuelle au moins égale à 15 mètres carrés ; existence d'une salle d'activités permettant la confection des repas ; accès à une cour extérieure en dehors de la présence des autres détenues* »⁸⁴.

L'objectif est que la situation d'enfermement de l'enfant ne porte pas atteinte à son intérêt premier.

Aussi, au sein de ces quartiers, une certaine liberté de mouvement règne pour que la mère puisse effectuer de manière autonome ses responsabilités de mère (préparer à manger à son enfant, se rendre à la laverie...).

⁸⁴ Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

Les mères détenues doivent également avoir accès à l'équipement mobilier nécessaire à l'accueil d'un enfant (lit, baignoire, chauffe-biberon...), aux produits sanitaires et d'hygiène en quantité suffisante (couches, savon, vêtements...) et d'une nourriture adaptée aux enfants en bas-âge.

Si, lors de ses visites de « quartiers mères-enfants », le CGLPL ne fait pas état de difficultés d'hébergement particulières, il souligne cependant la nécessité que les locaux soient composés de deux espaces distincts pour la mère et l'enfant permettant à chacun de disposer d'un espace convenable et rappelle qu'une mère avec son enfant doit être séparée des autres personnes détenues dans le quartier des femmes⁸⁵.

L'aménagement des locaux fait l'objet d'un contrôle par les services du département de protection maternelle et infantile (PMI). En effet, ces services sont compétents pour contrôler tout établissement recevant des enfants de moins de six ans. Il est donc demandé aux établissements pénitentiaires de solliciter l'avis des services de PMI sur l'aménagement de ces « quartiers mères-enfants ». Ils sont aussi un support technique avant tout aménagement.

B) Une adaptation des missions du personnel pénitentiaire liée à leur intervention auprès de l'enfant et de sa mère

En principe, les établissements pénitentiaires ont recours à des intervenants extérieurs et la mère assure la prise en charge quotidienne de son enfant. Pour autant, les personnels de surveillance peuvent être amenés à avoir des relations avec les enfants.

En plus de leur mission de sécurité, ils doivent avoir une approche relationnelle et un rôle d'observation auprès de la mère et de son enfant. Il est donc nécessaire que le personnel employé dans les « quartiers mères-enfants » coopère avec les professionnels des services de santé.

⁸⁵ CGLPL « Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues », JO RF n°0204, 3 septembre 2013, texte n°48, p.2.

Ainsi, les « quartiers mères-enfants » se voient affecter des personnels de surveillance volontaires, choisis pour leur calme, ayant reçu une formation particulière pour acquérir les gestes professionnels nécessaires pour appréhender l'enfant, la mère qui allaite⁸⁶...

Grâce à la taille de la structure et au faible nombre de femmes accueillies dans les « quartiers mères-enfants », les surveillantes soulignent la possibilité de nouer des liens individualisés avec ces mères mais également la difficulté à tenir le rôle de surveillante, d'une part, et celui de confidente, d'autre part⁸⁷.

Les fouilles corporelles sur l'enfant n'étant pas juridiquement encadrées, elles sont réalisées par le personnel pénitentiaire. L'enfant ne devrait pas faire l'objet de fouilles corporelles comme il n'est pas lui-même détenu. Mais les conséquences liées aux problématiques sécuritaires l'emportent sur les considérations liées à la protection de la dignité de l'enfant⁸⁸. Monsieur Guénhaël HUET, député, recommandait qu'une femme, lors des retours de parloirs, soit autorisée à fouiller son enfant elle-même devant le personnel de surveillance⁸⁹.

L'enfant n'étant pas considéré comme détenu, il n'est pas pris en charge par l'administration pénitentiaire si ce n'est en terme d'hébergement. Pour autant, il doit bénéficier d'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée à ses besoins.

Section 2 : L'accompagnement sanitaire et social de l'enfant hébergé auprès de sa mère détenue

L'enfant placé auprès de sa mère incarcérée n'est pas pris en charge par l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire. Cette situation soulève une problématique d'accès aux soins (paragraphe 1) qui doit, en principe, être garanti par une organisation spécifique des soins reposant sur l'intervention de personnes extérieures (paragraphe 2), assurant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant.

⁸⁶ CGLPL « Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues », JO RF n°0204, 3 septembre 2013, texte n°48, p.5.

⁸⁷ CARDI (Coline), « Les quartiers mères-enfants : l'autre côté du dedans », *Champ pénal/ Penal Field (en ligne)*, Vol. XI, 2014, p.26.

⁸⁸ GARRAUD (Astrid), « Le lien maternel bouleversé par l'incarcération », *AJ Famille*, n°10, octobre 2014, p. 551-554.

⁸⁹ HUET (Guénhaël), « Rapport d'information fait au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence », n°1900, 8 septembre 2009, p.48.

§ 1 : La prise en charge sanitaire de l'enfant

Il y a une certaine volonté de faire participer la mère aux décisions concernant la santé de son enfant, la mère est donc, en principe, compétente pour choisir son médecin de ville (A). Indépendamment de cette liberté offerte à la mère de choisir le médecin de son enfant, l'établissement pénitentiaire qui accueille un enfant placée auprès de sa mère incarcérée doit assurer à celui-ci un accès (B) et une prise en charge (C) des soins nécessités par son état de santé.

A) Le libre choix du médecin de l'enfant par la mère

La mère choisit librement le médecin de ville de son enfant. Le médecin ainsi choisi et ayant accepté d'exercer en milieu carcéral doit bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement⁹⁰.

L'intervention du médecin en milieu carcéral lui permet d'observer les conditions d'existence de l'enfant et de sa mère, il veille ainsi au développement psychomoteur et psychique de l'enfant. Elle garantit également la régularité de l'examen médical qui n'est donc pas soumis à l'extraction de l'enfant.

La mère doit pouvoir assister à la consultation. Pour des soins qui nécessitent une consultation à l'extérieur de la prison, la mère doit également pouvoir y assister sous réserve d'obtenir l'autorisation de l'autorité judiciaire compétente. Autrement, elle délivre une autorisation à la personne qui accompagnera son enfant à l'extérieur.

B) La nécessaire mise en place d'un dispositif permettant d'assurer les soins médicaux courants de l'enfant et de répondre aux urgences

Il appartient à chaque établissement pénitentiaire d'organiser un dispositif de soins permettant l'intervention régulière d'un ou de plusieurs médecins de ville dont les prestations sont proposées aux mères.

⁹⁰ GARRAUD (Astrid), « Le lien maternel bouleversé par l'incarcération », *AJ Famille*, n°10, octobre 2014, p. 551-554.

Ces prestations ne s'inscrivent pas dans le cadre du protocole signé avec l'établissement hospitalier de proximité puisque celui-ci n'intervient qu'auprès des personnes détenues. Sauf en cas d'urgence ou dans l'attente des services ou praticiens compétents, la prise en charge d'un enfant ne relève pas de la compétence de l'équipe soignante de l'USMP.

Mais en pratique, les médecins libéraux sont réticents à intervenir en détention à cause des lourdeurs administratives liées à une telle intervention. L'établissement pénitentiaire est donc contraint de recourir à des services comme « SOS médecins » qui ont pour inconvénient que les médecins ne disposent d'aucune information précise sur le suivi médical antérieur de l'enfant.

La mère est informée, qu'en cas d'opposition à la réalisation des vaccinations obligatoires, l'enfant ne peut rester avec elle au sein de l'établissement pénitentiaire. Si aucune solution d'accueil de l'enfant n'est trouvée en accord avec la mère, le chef d'établissement adresse un signalement au procureur de la République en vue de la saisine du juge des enfants⁹¹.

En cas d'hospitalisation ou pour tout acte médical pratiqué sur l'enfant, l'accord de la mère est exigé.

Ainsi, la circulaire du 18 août 1999 précise la responsabilité de l'administration pénitentiaire concernant la prise en charge de l'enfant à l'extérieur : « *la mère doit donner son accord pour tout accueil à l'extérieur et l'administration pénitentiaire est déchargée de sa responsabilité* »⁹².

Mais en cas d'hospitalisation en urgence de l'enfant, la mère ne pourra pas accompagner son enfant car elle n'aura pas obtenu l'autorisation de l'autorité compétence ; elle ne pourra donc pas consentir aux soins dispensés. Dans cette hypothèse, ce sont des personnels de surveillance qui accompagneront l'enfant dans un établissement hospitalier. Or, ils ne sont pas censés sortir de la prison avec un mineur qui n'a juridiquement pas le statut de détenu. Ils peuvent donc être confrontés à un problème de responsabilité si l'enfant échappe à leur surveillance.

⁹¹ Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

⁹² Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

En cas d'urgence pédiatrique, une réflexion doit donc être envisagée afin de faciliter l'intervention des services de droit commun en détention⁹³.

C) La couverture sociale de l'enfant

Par application de la loi du 18 janvier 1994 relative à la protection sociale des détenus⁹⁴, la note n°6318 du 28 mai 1996 précise les conditions et les modalités de la prise en charge financière de soins dispensés aux enfants placés auprès de leur mère incarcérée. La circulaire du 18 août 1999⁹⁵ indique que ce texte n'a pas été publié.

En cas d'urgence, il est prévu que l'administration pénitentiaire assume les dépenses de santé relatives à l'enfant⁹⁶.

§ 2 : Le nécessaire accompagnement social de l'enfant pour lutter contre son isolement avec sa mère

Les conditions de prise en charge de l'enfant doivent être guidées par le souci de responsabiliser la mère dans l'exercice de son autorité parentale et dans la conduite de la vie quotidienne de l'enfant. Mais les « quartiers mères-enfants » ont pour conséquence d'isoler la femme dans sa fonction maternelle.

En effet, toute participation à une activité, à une formation, à ses soins personnels est difficile faute de moyen de garde de l'enfant. Pour lutter contre l'isolement de la mère et de son enfant, un partenariat doit se développer pour permettre une ouverture sur l'extérieur pour l'enfant.

L'accompagnement social de l'enfant hébergé avec sa mère détenue est alors assuré, non pas par l'établissement pénitentiaire, mais par les services de droit commun avec qui chaque établissement doit systématiquement entretenir un partenariat. Il s'agit du service

⁹³ BELLOUBET (Nicole) et DUBOS (Christelle), « Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 », 2 juillet 2019, p.48.

⁹⁴ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO RF, 19 janvier 1994, p.960.

⁹⁵ Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

⁹⁶ GARRAUD (Astrid), « Le lien maternel bouleversé par l'incarcération », AJ Famille, n°10, octobre 2014, p. 551-554.

départemental de PMI, du service d'aide sociale à l'enfance du département et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattaché à un établissement hospitalier⁹⁷.

L'objectif est de lutter contre un isolement trop important de la mère et de son enfant, le risque de relations trop fusionnelles et déstabilisantes pour l'enfant en facilitant la progressivité de la séparation⁹⁸ et le développement moteur et cognitif de l'enfant. Aussi, cela permet d'assurer le bon équilibre de la mère, et donc celui de l'enfant, qui peut accéder à des activités, bénéficier d'une formation, se rendre seules aux consultations médicales ou juridiques... De son côté, l'enfant peut sortir des murs de la prison, se socialiser avec d'autres enfants et éventuellement maintenir ses liens avec son père ou sa famille...

Une convention entre l'établissement pénitentiaire et le département doit définir les modalités de ce partenariat, c'est l'article 38 issu de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 qui précise qu' « *une convention entre l'établissement pénitentiaire et le département définit l'accompagnement social proposé aux mères détenues avec leurs enfants et prévoit un dispositif permettant la sortie régulière des enfants à l'extérieur de l'établissement pour permettre leur socialisation* »⁹⁹.

Les modalités d'intervention des spécialistes des services concernés sont formalisées dans le cadre des conventions locales.

Le rôle de ces services est essentiel pour favoriser un développement normal de l'enfant dans un environnement carcéral.

Ainsi, le service départemental de PMI intervient, comme en milieu ouvert, auprès des enfants de zéro à six ans, et dispense des actions médico-sociales préventives. Il joue un rôle essentiel dans le dépistage précoce des handicaps et participe à la prévention des mauvais traitements¹⁰⁰.

Le service départemental d'aide sociale à l'enfance délivre des prestations en nature ou en espèces aux mineurs et jeunes majeures en difficulté ainsi que leur famille.

⁹⁷ Circulaire JUSE 9940062C du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

⁹⁸ HUET (Guénhaël), « *Rapport d'information fait au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence* », n°1900, 8 septembre 2009, p.32.

⁹⁹ Art.38 de la Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

¹⁰⁰ CSP, art.L.2111-1.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est rattaché à un établissement hospitalier, il réalise des actions de préventions, de diagnostic, de soins en santé mentale et de dépistage des handicaps chez les jeunes enfants¹⁰¹.

Une coordination locale entre ces différents services est donc fortement recommandée pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant et son suivi sur le plan physique et psychique.

En principe, sur autorisation du chef d'établissement, les spécialistes des services concernés peuvent intervenir en milieu carcéral. Les enfants peuvent également se rendre à l'extérieur pour bénéficier des prestations proposées par ces services. La mère décide de l'accès de l'enfant à ces prestations et détermine la personne qui accompagnera son enfant.

Les prestations offertes par ces services sont, en principe, gratuites pour les bénéficiaires, sous réserve des dispositions spécifiques à l'aide sociale à l'enfance.

Finalement, la prise en charge de la femme enceinte, de la mère d'un jeune enfant et du nourrisson nécessite une parfaite coordination des acteurs chargés de la prise en charge de ces publics afin d'assurer le respect de l'intérêt premier de l'enfant.

¹⁰¹ CSP, art.L.3221-1.

CONCLUSION

Les conditions de détention ont été améliorées par plusieurs évolutions législatives et notamment la loi du 18 janvier 1994¹⁰² qui permet aux détenus de bénéficier du même régime de protection sociale et des mêmes droits que l'ensemble des patients.

Mais, aujourd'hui, l'administration pénitentiaire est confrontée à plusieurs difficultés qui limitent l'effectivité des droits des personnes détenues : la surpopulation carcérale, le vieillissement des détenus, la dégradation du patrimoine pénitentiaire, une faible offre de personnel médical exerçant en milieu carcéral...

Ce phénomène est hélas renforcé pour les femmes détenues qui ne représentent que 3,8% de la population carcérale¹⁰³. En effet, minoritaires et isolées dans des établissements pour peines accueillant majoritairement des hommes, elles subissent des discriminations dans le droit d'accéder au système de soins.

L'accès aux USMP est limité car conditionné à la non-présence d'hommes à proximité. S'agissant de la prévention des cancers féminins, si elle est essentielle face à la vulnérabilité des patientes, il semble nécessaire d'adapter l'organisation des dépistages aux spécificités du milieu carcéral notamment en renforçant l'offre de médecins gynécologues ou de sages-femmes. Aussi, l'accès aux consultations hospitalières dans le cadre des extractions médicales ou des USMP peut être refusé par les détenues elles-mêmes par crainte d'une humiliation et du non-respect de leurs droits fondamentaux. Enfin, si des dispositions particulières existent pour une femme enceinte ou mère d'un jeune enfant auprès d'elle, il ne faut pas oublier que l'intérêt premier de l'enfant doit guider l'administration pénitentiaire : la logique de sécurité doit nécessairement s'incliner face à la logique de soins.

Vendredi 21 août 2020, Eric DUPOND-MORETTI, ministre de la justice a confié à l'Inspection générale de la Justice et à l'Inspection générale des affaires sociales le lancement d'une mission d'inspection sur les suicides en prison. L'objectif général est d'évaluer

¹⁰² Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *JO RF*, 19 janvier 1994, p.960.

¹⁰³ <https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenu/#:~:text=Tr%C3%A8s%20minoritaires%20en%20prison%2C%20les,5%25%20depuis%20les%20ann%C3%A9es%201980.>

l'avancement du plan 2019-2022 sur la santé des détenus¹⁰⁴. Selon la socio-historienne Martine KALUSZYNSKI, directrice de recherche au Centre national de la recherche scientifique et spécialiste des politiques carcérales, « *une politique de prévention ne peut se faire l'économie d'une réflexion globale sur les conditions de détention* »¹⁰⁵.

Il est donc à espérer que le CGLPL, l'OIP ou les institutions européennes permettent de faire évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues, que celle-ci se rapproche le plus possible de celle de l'ensemble des patients et que les femmes ne subissent plus les discriminations liées à leur sous-représentation dans les établissements pénitentiaires. Un équilibre doit donc être recherché entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé pour assurer la protection de la santé des femmes détenues.

¹⁰⁴ BELLOUBET (Nicole) et DUBOS (Christelle), « *Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022* », 2 juillet 2019, 62p.

¹⁰⁵ https://www.libération.fr/france/2020/08/24/suicides-en-prison-derriere-l-initiative-il-faut-une-volonte-politique_1797593

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

PERRIER (Jean-Baptiste), *Soins et privation de liberté*, Michel l'Hospital, « Centre Michel de l'Hospital », 15 décembre 2015, 192p.

REVUES

Conseil National de l'Ordre des médecins, « *Prisons : menace sur le secret médical* », *Bulletin d'information de l'Ordre National des médecins*, n°18, 2011, p. 22-27.

GARRAUD (Astrid), « *Le lien maternel bouleversé par l'incarcération* », *AJ Famille*, n°10, octobre 2014, p. 551-554.

CARDI (Coline), « *Les quartiers mères-enfants : l'autre côté du dedans* », *Champ pénal/Penal Field (en ligne)*, Vol. XI, 2014, 71p.

PONSEILLE (Anne), « *Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé* », *RDS*, n°68, 2015, p. 797-800.

SANNIER (Olivier), « *La maternité en détention* », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°202, n°1-2, 2018, p. 21-31.

MIKUSKOVIC (Volodia), PECHILLON (Eric), « *Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral* », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431.

TEXTES JURIDIQUES

- Droit international

CEDH, 26 mai 2011, *Duval c/ France*, n°19868/08, RSC 2011. 707, obs. D. ROETS ; N. FRICERO, *Utilisation de menottes et d'entraves lors des actes médicaux, sous la vue du personnel d'escorte*, *Procédures* 2011, comm. 230

- Droit interne

CONSTITUTION

Article préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

LOIS

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *JO RF*, 19 janvier 1994, p.960.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JO RF*, 5 mars 2002, p.4118.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO RF*, 22 juillet 2009, p.12184.

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JO RF*, 25 novembre 2009, p.20192.

Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, *JO RF*, 5 août 2014, p. 12949.

Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, *JO RF*, 17 août 2014, p.13647.

DÉCRET

Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale, *JO RF*, 28 décembre 2010, p.22796.

CIRCULAIRE

Circulaire JUSE 9940062C du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants vivant en milieu carcéral.

INSTRUCTION

Instruction interministérielle n°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, *JO RF*, 19 décembre 2017, p.459.

RAPPORT

HUET (Guénhaël), « *Rapport d'information fait au nom de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence* », n°1900, 8 septembre 2009, 50p.

RAPPORTS ET AVIS

Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, Étude « *La santé des femmes en milieu carcéral. Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons* », 2009, 50p.

CGLPL « *Rapport annuel 2010* », ed. Dalloz, 2011, 386p.

Anne DEBET, « *Accès aux soins et droits du détenu malade* », Les droits de la personne détenue, ed. Dalloz, dir. Sabine BOUSSARD, 26 et 27 janvier 2012, 352p.

CGLPL, « *Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues* », JO RF n°0204, 3 septembre 2013, texte n°48, 5p.

Direction générale de la santé, « *État des lieux du dépistage des cancers féminins en milieu carcéral* », décembre 2013, 25p.

CGLPL, « *Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé* », JO RF n°0162, 16 juillet 2015, texte n°148, 15p.

CGLPL, « *Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté* », JO RF n°0041, 18 février 2016, texte n°89, 11p.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Conseil de l'Europe, Fiche thématique « *Les femmes en prison* », janvier 2018, 9p.

BELLOUBET (Nicole) et DUBOS (Christelle), « *Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022* », 2 juillet 2019, 62p.

WEBOGRAPHIE

Comité International de la Croix-Rouge (CICR), « *Santé en prison : subvenir aux besoins des femmes dans un monde d'hommes* », 2 mars 2009 :
<https://www.icrc.org/fr/doc/resources/documents/interview/women-health-prison-interview-020309.htm>

Institut National du Cancer, « *Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs* », février 2015 :
<https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

Ministère de la justice, « *Les femmes détenues* », 13 septembre 2016 :
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenees-10023.html>

OIP, Dossier « *Femmes détenues* » :

<https://oip.org/decrypter/thematiques/femmes-detenu#/:~:text=Tr%C3%A8s%20minoritaires%20en%20prison%2C%20les,8%25%20de%20la%20population%20d%C3%A9tenue.>

OIP, « *Infographie : être mère en prison* », 25 mai 2015 :

<https://oip.org/infographie/etre-mere-en-prison#/:~:text=Chaque%20ann%C3%A9e%20des%20femmes%20enceintes,jusqu'%C3%A0%20leurs%2018%20mois.>

OIP, « *Femmes détenues : les oubliées* », 27 janvier 2020 :

<https://oip.org/analyse/femmes-detenu-les-oubliees/>

OIP, « *Les soins gynéco en souffrance* », 5 mars 2020 :

<https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance#/:~:text=Depuis%20la%20loi%20de%201994,fortiori%20pour%20les%20soins%20gyn%C3%A9cologiques.>

Libération, « *Suicides en prison : “ derrière l’initiative, il faut une volonté politique”* », 24 août 2020 :

https://www.liberation.fr/france/2020/08/24/suicides-en-prison-derriere-l-initiative-il-faut-une-volonte-politique_1797593

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	3
SOMMAIRE.....	4
 INTRODUCTION.....	 6
 PREMIÈRE PARTIE - UN ACCÈS AUX SOINS LIMITÉ	 16
CHAPITRE 1 : UN ACCES AUX UNITES SANITAIRES COMPROMIS DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES MAJORITAIREMENT MASCULINS	18
<i>Section 1 : Un isolement des femmes détenues</i>	<i>18</i>
§ 1 : Un enclavement des « quartiers-femmes » dans les établissements pénitentiaires	18
§ 2 : Un maintien des liens familiaux difficile	19
<i>Section 2 : Le principe de séparation hommes/femmes à l'origine d'un faible accès aux unités sanitaires</i>	<i>20</i>
§ 1 : Un inégal accès aux équipements communs dans les établissements mixtes.....	21
§ 2 : Des femmes détenues surveillées par un personnel féminin	22
§ 3 : Vers un nécessaire allègement du principe de non-mixité	23
CHAPITRE 2 : L'ACCES AUX SOINS SPECIFIQUES : L'ORGANISATION DU DEPISTAGE DES CANCERS FEMININS EN MILIEU CARCERAL	24
<i>Section 1 : Un accès au dépistage des cancers féminins en principe garanti en milieu carcéral.</i>	<i>25</i>
<i>Section 2 : Les limites de l'organisation de l'offre de dépistage des cancers féminins</i>	<i>26</i>
§ 1 : Une présence insuffisante de médecins gynécologues et de sages-femmes.....	26
§ 2 : Un dépistage des cancers féminins freiné par les contraintes carcérales	28
 DEUXIÈME PARTIE - DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE ET PÉNITENTIAIRE DIFFICILEMENT CONCILIALES	 29
CHAPITRE 1 : DES CONDITIONS D'EXTRACTIONS MEDICALES POUVANT PORTER ATTEINTE A LA DIGNITE D'UNE FEMME DETENUE	31
<i>Section 1 : Un recours aux extractions médicales justifié par la faible offre de soins en milieu carcéral</i>	<i>31</i>
<i>Section 2 : Des atteintes à la dignité des femmes constatées lors des extractions médicales</i>	<i>32</i>
§ 1 : Le port quasi-systématique de moyens de contrainte.....	32

§ 2 : La présence de personnels pénitentiaires pendant les soins	33
CHAPITRE 2 : UNE DIFFICILE PRESERVATION DU SECRET PROFESSIONNEL AU SEIN DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES.....	35
<i>Section 1 : Une stricte d'application du secret professionnel en milieu pénitentiaire.....</i>	<i>36</i>
§ 1 : Le rôle des soignants dans le respect du secret professionnel.....	36
§ 2 : La question de l'échange d'informations entre le personnel médical et le personnel de l'administration pénitentiaire.....	37
<i>Section 2 : Un secret professionnel compromis en milieu carcéral</i>	<i>38</i>

TROISIÈME PARTIE - LE CAS PARTICULIER DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUES ENCEINTES OU AVEC LEUR NOURRISSON..... 40

CHAPITRE 1 : LES MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE PRENATALE	42
<i>Section 1 : Le suivi pré-partum</i>	<i>42</i>
<i>Section 2 : L'accouchement et la suite de couches</i>	<i>44</i>
CHAPITRE 2 : UNE PRISE EN CHARGE POSTNATALE DANS DES « QUARTIERS MERES-ENFANTS »	45
<i>Section 1 : La difficile conciliation de la présence de la mère auprès de son enfant et de la présence d'un enfant en prison.....</i>	<i>46</i>
§ 1 : Les contraintes carcérales de la mère en contradiction avec les besoins éducatifs de l'enfant	46
§ 2 : Une modification des équipements et des missions des personnels de surveillance permettant l'accueil d'un enfant avec sa mère détenue.....	48
<i>A) Un accueil d'un enfant en détention soumis à un aménagement des locaux.....</i>	<i>48</i>
<i>B) Une adaptation des missions du personnel pénitentiaire liée à leur intervention auprès de l'enfant et de sa mère</i>	<i>49</i>
<i>Section 2 : L'accompagnement sanitaire et social de l'enfant hébergé auprès de sa mère détenue</i>	<i>50</i>
§ 1 : La prise en charge sanitaire de l'enfant.....	51
<i>A) Le libre choix du médecin de l'enfant par la mère</i>	<i>51</i>
<i>B) La nécessaire mise en place d'un dispositif permettant d'assurer les soins médicaux courants de l'enfant et de répondre aux urgences</i>	<i>51</i>
<i>C) La couverture sociale de l'enfant</i>	<i>53</i>
§ 2 : Le nécessaire accompagnement social de l'enfant pour lutter contre son isolement avec sa mère	53

CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58
TABLE DES MATIÈRES.....	62

