

UNIVERSITE DU DROIT ET SANTE-LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES  
INCARCEREES DANS LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS.**

**ETUDE RETROSPECTIVE DE 2007 A 2010**

**Présentée et soutenue publiquement le 05.01.2012**

**Par Priscil Molin**

**Jury**

**Président :** Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Madame le Docteur Anne BECART

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Patrick MAURIAUCOURT

# SOMMAIRE

**« La prison c'est le privation d'aller et venir et rien d'autre »**

*Valéry Giscard d'Estaing*

<b>1. Introduction</b>	<b>16</b>
<b>1.1. Les femmes et la détention</b>	<b>17</b>
<b>1.2. La maternité en milieu carcéral, un concept peu étudié</b>	<b>19</b>
<b>1.3. La situation de la région Nord-Pas-de-Calais</b>	<b>21</b>
<b>2. Maternité et incarcération</b>	<b>23</b>
<b>2.1. La législation concernant les femmes</b>	<b>24</b>
2.1.1. Histoire des femmes incarcérées	24
2.1.2. Les incarcérations féminines en France	27
2.1.3. Les préoccupations nationales	28
2.1.4. Les préoccupations internationales	30
<b>2.2. Recommandations pour le suivi d'une grossesse</b>	<b>31</b>
2.2.1. Les soins obligatoires et proposés	31
2.2.2. L'encadrement de l'accouchement	32
<b>2.3. L'application au milieu carcéral</b>	<b>33</b>
2.3.1. L'organisation des soins	33
2.3.2. Le cas particulier de la maison d'arrêt de Sequedin et de son protocole de soins	35
<b>3. Patientes et Méthodes</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Objectifs de l'étude</b>	<b>38</b>
<b>3.2. Patientes</b>	<b>38</b>
<b>3.3. Méthodologie</b>	<b>39</b>
3.3.1. Type et lieux de l'étude	39
3.3.2. Déroulement de l'étude	40
3.3.3. L'exploitation des résultats	43
<b>4. Résultats</b>	<b>44</b>
<b>4.1. Caractéristiques de la population</b>	<b>45</b>
4.1.1. Population incluse	45
4.1.2. Caractéristiques personnelles	46
4.1.3. Caractéristiques pénitentiaires	48
4.1.4. Caractéristiques obstétricales	51
<b>4.2. Résultats qualitatifs du suivi et de l'accouchement.</b>	<b>52</b>
4.2.1. Terme à l'incarcération	52
4.2.2. Le plan périnatalité	53
4.2.3. Les axes de qualité	53

<b>4.3. Le fonctionnement des UCSA</b>	<b>59</b>
4.3.1. Les effectifs	59
4.3.2. L'UCSA de la maison d'arrêt de Sequedin	59
4.3.3. L'UCSA de la maison d'arrêt de Valenciennes	61
4.3.4. L'UCSA du centre de détention de Bapaume	62
<b>5. Discussion</b>	<b>63</b>
<b>5.1. Critique de l'étude</b>	<b>64</b>
5.1.1. Intérêt de l'étude	64
5.1.2. Principaux biais de l'étude	66
5.1.3. Le choix de la population	68
<b>5.2. Discussion des résultats</b>	<b>69</b>
5.2.1. Les caractéristiques de la population	69
5.2.2. Le suivi de la grossesse.	73
5.2.3. La périnatalité.	77
5.2.4. L'accouchement.	79
<b>6. Conclusion</b>	<b>83</b>
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>87</b>
<b>8. ANNEXES</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXE 1 : Signification des principaux sigles et abréviations utilisés.</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXE 2 : Recommandations professionnelles HAS</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 3 : Conduite à tenir. Admissions des patientes incarcérées à la maternité Jeanne de Flandre en vue de leur accouchement.</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 4 : Fiche d'information et de consentement des patientes acceptant le protocole.</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXE 5 : Questionnaire des recueils</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 6 : Guide des entretiens du personnel des UCSA en charge des femmes enceintes incarcérées:</b>	<b>110</b>

# 1. Introduction

## **1.1. Les femmes et la détention**

La population carcérale féminine mondiale est en augmentation ces dix dernières années (1,2). Son taux de croissance est supérieur à celui des hommes. En Angleterre et au Pays de Galles, la population carcérale masculine a augmenté, entre 1992 et 2002, de 50 % alors que la population féminine a augmenté de 173 % (3). Avec la féminisation de la population carcérale de nouvelles préoccupations émergent.

La maternité est un élément important à considérer. Entre 6% et 10% des femmes détenues aux Etats-Unis sont enceintes (4). Les Règles des Nations-Unies dites Règles de Bangkok (5) et la résolution du Parlement Européen de 2009 (3) conduisent les organismes de justice à prendre en compte cette maternité lors des décisions d'incarcération.

La Déclaration de Kiev (6) a été adoptée en 2009 par la France ainsi que 36 pays de la Région européenne de l'OMS. Elle soulève et fait cas des interactions entre la détention et la grossesse, rappelant que « *Pour protéger la santé de la mère et du nouveau-né, la grossesse devrait, en principe, être un obstacle à l'incarcération, que ce soit avant le procès ou après la condamnation, et les femmes enceintes ne devraient pas être emprisonnées, sauf pour des motifs absolument impérieux.* ». Mais les grossesses sont fréquemment découvertes au cours de l'incarcération. La sexualité en prison existe et avec elle les « bébés-parloirs » (7–10).

Des mesures sanitaires et sociales sont à prendre: *«Les détenues enceintes devraient bénéficier de soins de santé de même niveau que ceux qui sont fournis aux femmes en milieu libre, avec possibilité de consulter des obstétriciens, des gynécologues, des sages-femmes et des praticiens spécialistes de l'accouchement, dans le respect de leur culture.»* (6).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la population carcérale féminine compte 2 093 femmes, représentant 3,36% de la population totale carcérale française (11). Parmi ces femmes, 85% appartiennent à la tranche d'âge des 18 à 49 ans (12) correspondant à la période propice à la procréation.

En 2009, l'Assemblée Nationale et le Sénat adoptent la loi n°1506 qui préconise des alternatives à l'incarcération en cas de grossesse (13). Toutefois, les prisons françaises comptent des détenues enceintes à leur arrivée ou au cours de leur détention. Des soins spécifiques doivent être mis en place.

En France, la loi N°94-43 du 18 janvier 1994 (14,15) relative à la santé publique et à la protection sociale a pour objectif une équité de soins entre la population générale et la population détenue.

Pour assurer la qualité et la continuité des soins des personnes détenues, cette loi et ses textes d'applications ont institué deux mesures majeures :

- le transfert de l'organisation de la prise en charge des détenus au service hospitalier public;
- l'affiliation systématique des détenus au régime général de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une grossesse est régie par :

- les Recommandations Professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé en mai 2007 (16) pour le suivi;
- les Recommandations Professionnelles datant d'avril 2008 pour le déclenchement de convenance (17);
- les articles R.2122-1, 2122-2, 2122-3 et D.712-75 du Code de la Santé Publique encadrant ces bonnes pratiques (18,19).

Ces données doivent être appliquées et applicables aux femmes enceintes détenues.

## **1.2. *La maternité en milieu carcéral, un concept peu étudié***

La maternité bénéficie d'une législation et reste encadrée mais peu de données existent concernant son suivi lors de la détention. Un suivi médical inadapté est facteur de risque de survenue de complications obstétricales (20,21).

Dans leur méta analyse parue en novembre 2005, Knight et al. (2) ont étudié l'association entre l'incarcération durant la grossesse et les conséquences sur la périnatalité.

Diana J. Mertens (22) et Howard and al. (23) se sont intéressés plus précisément au faible poids de naissance des enfants de femmes incarcérées dans des publications datant respectivement de 2001 et 2011.

L'incarcération entraînait une modification du mode de vie des femmes. L'accès aux soins était différent (24). Dans son étude qualitative réalisée au sein de prisons anglaises, Plugge and al. (25) révélaient le ressenti négatif des détenues vis-à-vis des soins primaires.

La déclaration des Droits de l'Homme impose l'égalité entre les hommes et les femmes (*article premier: « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. »* (26)). En 2009, le Sénat français rapporte que cette égalité n'est pas respectée dans les lieux de détention. Les femmes n'ont pas le même accès aux soins que les hommes (27) .

A ce jour, aucune étude française n'a évalué les bonnes pratiques professionnelles concernant le suivi des femmes enceintes incarcérées. **Il est intéressant de s'interroger sur cette population notamment sur la conformité des soins par rapport aux Recommandations Professionnelles de l'HAS.**

### **1.3. La situation de la région Nord-Pas-de-Calais**

La région Nord-Pas-de-Calais bénéficie de trois établissements pénitentiaires pouvant accueillir des femmes: la maison d'arrêt de Sequedin, le centre de détention de Bapaume et la maison d'arrêt de Valenciennes.

Ils représentent 12% de la capacité d'accueil des femmes en France soit 285 places dont 7 cellules mères-enfants (14,15).

Chacun de ces établissements est lié par la loi du N°94-43 du 18 janvier 1994 à un établissement de santé publique.

Il s'agit de l'hôpital Jeanne de Flandre inclus dans le Centre Hospitalier Régionale Universitaire de Lille, du Centre Hospitalier d'Arras et du Centre Hospitalier de Valenciennes. Ils possèdent chacun une maternité de niveau III. Cette dernière dispose d'une unité de néonatalogie, de soins intensifs et de réanimation néonatale. Elle a la capacité d'accueillir des grossesses à risque de grande prématurité (< 32SA) (28,29).

Depuis 2007, la maison d'arrêt de Sequedin applique un protocole de suivi des grossesses en lien avec l'hôpital Jeanne de Flandre et l'UHSI, incluant une proposition de déclenchement de convenance.

Des recommandations nationales ont été élaborées par l'HAS pour la population des parturientes. Les détenues incarcérées enceintes constituent une minorité qui doit bénéficier théoriquement de ces recommandations.

Il est important de noter que les règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes dites Règles de Bangkok, rappellent que des services de santé spécifiques aux femmes au moins équivalents à ceux offerts à l'extérieur doivent être assurés aux détenues (5).

Ce travail reprendra les notions légales et médicales encadrant ces patientes. Puis, nous analyserons le suivi des grossesses et l'intérêt d'un protocole d'accouchement.

## **2. Maternité et incarcération**

## **2.1. La législation concernant les femmes**

### **2.1.1. Histoire des femmes incarcérées**

Le milieu carcéral est en perpétuel mouvement.

Sous l'Ancien Régime, Louis XIV est le premier à se soucier des prisons et du « bien-être » des prisonniers. Il crée en 1656 l'Hôpital Général de Paris qui comprend deux établissements, Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes. Cette structure accueille la majorité de la population détenue (30).

Il faudra ensuite attendre la Révolution Française de 1789 pour voir se modifier le paysage carcéral, notamment pour les femmes.

Une majorité des couvents recevant les femmes sous lettre cachetée ou par injonction paternelle, deviennent des établissements pénitentiaires.

Dans la région parisienne, le couvent des Madelonnettes devient une maison d'arrêt mixte et celui de Saint-Pélagie une maison de correction pour hommes.

Au fur et à mesure des années la population détenue féminine se voit attribuer des établissements. Dès 1794, la maison d'arrêt, de justice et de correction Saint-Lazare (ancien couvent Saint-Lazare) est réservée aux femmes, elle sera suivie de la maison d'arrêt « La petite Roquette » qui restera active jusqu'en 1973 et sera relayée par la Prison de Fleury-Merogis Cette dernière est actuellement l'établissement ayant le plus grand nombre de place pour femmes, (soit 245 place en 2009 (31)).

Dans la même période, la prison de Fresnes, prison mixte, sera construite.

Paris est le point central des incarcérations. Le reste de la France voit également une évolution du monde carcéral.

En 1878, la maison centrale de force et de correction de Rennes fut mise en service. Cet établissement pénitentiaire sera jusqu'en 1989 le seul à recevoir les femmes définitivement condamnées.

A partir de 1990, les **centres de détention de Bapaume** (Nord-Pas-de-Calais), de Joux-la-Ville (Yonne) et de Marseille (Bouches-du-Rhône) pourront accueillir ces dernières et ainsi désengorger les prisons parisiennes et de Rennes.

Actuellement, la région Nord-Pas-de-Calais possède trois centres d'incarcération pour femmes : le centre de détention de Bapaume, la maison d'arrêt de Valenciennes et la maison d'arrêt de Sequedin.

**Le centre de détention de Bapaume** est composé de trois quartiers pour hommes (deux de 200 places et un de 100 places) et d'un quartier pour femmes d'une capacité de 100 places (32).

**La maison d'arrêt de Valenciennes** a, quand à elle, ouvert ses portes en 1964. Elle prend le relais de la prison aménagée dans l'ancienne caserne. Elle possède un quartier d'hommes (182 places dont 6 mineurs) et un pour femmes (24 places) ainsi qu'un quartier de semi-liberté (16 places) (33).

**Le centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin** est le fruit d'une volonté d'améliorer les conditions d'incarcération (34).

Créée en 1822, la maison centrale de Loos possède un quartier pour hommes et un pour femmes avec une capacité totale d'environ 500 détenus. En permanence surpeuplée, les lieux de vies et les dortoirs empiètent sur l'infirmerie et la blanchisserie. Il fallut pourtant plusieurs années avant que l'Etat accepte d'investir dans de nouveaux bâtiments. En 1909 sont érigées la maison d'arrêt cellulaire de Loos et la colonie industrielle de Saint-Bernard. Ce sont des lieux de détention avec des quartiers pour femmes et pour hommes.

En 1921, la colonie industrielle est fermée puis ce complexe carcéral a peu varié jusqu'au XXIème siècle hormis la transformation de la maison centrale en centre de détention en 1975 (35).

L'ouverture en avril 2005 de **la maison d'arrêt de Sequedin** est un tournant dans l'histoire carcérale du Nord-Pas-de-Calais. Il s'agit d'un édifice de quatre bâtiments comprenant deux quartiers pour hommes de 180 et 240 places, un quartier pour femmes de 150 places et un quartier pour mineurs de 40 places. Elle a la particularité de posséder une nurserie et cinq cellules mère-enfants, ainsi qu'un Service Médico-Psychologique Régional de dix cellules exclusivement féminines.

Durant l'année 2011, la maison d'arrêt et le centre de détention de Loos ont fermé et ont été relayés par le centre pénitentiaire Lille-Annoeullin. Ce nouveau centre est en mesure de recevoir jusqu'à 688 détenus.

## 2.1.2. Les incarcérations féminines en France

Les lieux de détention se différencient par le type de population incarcérée.

Il existe une séparation entre les hommes et les femmes.

En 2009, la France compte 194 établissements pénitentiaires soit une capacité de 51 997 places dont 2 348 *pour femmes* (13,36) .

Ils se répartissent selon le schéma suivant :

- 111 **maisons d'arrêt** (33 *pour femmes*) et 30 quartiers maisons d'arrêt (16 *pour femmes*) situés dans les centres pénitentiaires, recevant les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de **peine est inférieur ou égal à un an** après le jugement définitif ;
- 62 établissements pour peine, dont :
  - o 23 **centre de détention** (3 *pour femmes*) et 33 quartiers centre de détention (8 *pour femmes*), accueillant les **condamnés d'un an et plus**. Ils ont un régime orienté vers la resocialisation;
  - o 35 centres pénitentiaires, établissements mixtes qui comprennent aux moins deux quartiers à régime de détention différent (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale);
  - o 4 maisons centrales et 8 quartiers maisons centrales recevant les condamnés les plus difficiles et possédant un régime de détention axé sur la sécurité;

- 13 centres de semi-liberté autonomes (*5 pour femmes et 1 quartier centre semi-liberté*) recevant les condamnés admis au régime de semi-liberté, ou de placement à l'extérieur sans surveillance;
- 1 centre pour peines aménagées;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (*4 pour femmes*).

En terme de capacité d'accueil les quartiers pour femmes sont mieux pourvus que les quartiers pour hommes.

Au 1<sup>er</sup> mars 2009, les 70 établissements pénitentiaires féminins français représentent une capacité de 2 348 places pour une occupation de 2 098 places soit 98% de sa capacité totale.

Pourtant une surpopulation existe, elle serait imputable à une disparité géographique de ces centres (13).

Plus d'un tiers de la capacité d'accueil se répartit entre les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires de Lille et de Paris (436 places soit 36% de la capacité totale d'accueil française). Il existe un effet de surpopulation au sein des autres DISP, par exemple celle de Toulouse où le taux d'occupation est de 112%.

### **2.1.3. Les préoccupations nationales**

Depuis quelques années, notamment avec l'instauration du programme 13000 (37), le milieu carcéral est au cœur de nombreux débats politiques.

Les conditions d'incarcération, le respect des droits de l'homme, la réinsertion, les droits et les devoirs des détenus sont des thèmes débattus.

La promulgation de la loi N°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (38) par l'Assemblée nationale et le Sénat est à l'origine d'une remise en question complète du système carcéral.

Cette loi établit un nouveau cadre légal et revient notamment sur les conditions de la prise en charge des soins des détenus (chapitre III, section 7 : de la santé). Elle rappelle que *« la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population »* (chapitre III, section 7, article 46) et qu' *« une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins doit être assurée aux femmes détenues, qu'elles soient accueillies dans un quartier pour femmes détenues ou dans un établissement dédié. »* (Chapitre III, section 7, article 47).

La question des femmes est enfin posée.

Dans la continuité, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a établi un rapport d'information sur les conditions carcérales féminines (13).

Deux éléments fondamentaux ressortent : l'isolement des femmes, secondaire au faible nombre d'établissements dédiés à leur sexe, à leur disparité géographique; et l'absence de structures adaptées à leurs besoins.

Des recommandations ont été adoptées par cette délégation afin de répondre aux lacunes du monde carcéral.

#### 2.1.4. Les préoccupations internationales

La population féminine mondiale incarcérée croît et devient une préoccupation internationale (1) .

Dans son projet « Santé en Prison » débuté en 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé a évalué les disparités de traitements entre les sexes dans les lieux de privation (6). Le constat est fait que si les femmes jouissent des mêmes droits que les hommes, elles n'y ont pas accès, notamment en matière de santé. Lorsque la Déclaration de Kiev est adoptée en 2009, la maternité est prise en considération autant en terme d'obstacle à l'incarcération que comme un état nécessitant des soins et une structure adaptés.

Le 22 juillet 2010, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte les Règles de Bangkok (5). Ces règles encadrent le traitement des femmes incarcérées et sont complémentaires des Règles de Tokyo (Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté)(39).

Suite aux rapports d'information du Quakers United Nations Office (40) et celui de l'OMS (6), l'Organisation des Nations Unies reprend les recommandations sanitaires spécifiques des femmes : *« règle 10: des services de santé spécifiques aux femmes au moins équivalents à ceux offerts à l'extérieur doivent être assurés aux détenues. »*.

Elle tient compte également de la maternité « *règles 48: les détenues qui sont enceintes ou qui allaitent doivent recevoir des conseils sur leur santé et leur régime alimentaire dans le cadre d'un programme devant être établi et suivi par un professionnel de la santé qualifié* » (5).

De ces recommandations nationales et internationales, il ressort que les femmes incarcérées doivent avoir accès aux mêmes droits que les hommes. Elles peuvent également prétendre aux mêmes soins que ceux offerts aux femmes libres.

Pour la France, les soins, notamment ceux inhérent à la grossesse, sont régis par la HAS.

## **2.2. *Recommandations pour le suivi d'une grossesse***

### **2.2.1. Les soins obligatoires et proposés**

L'HAS ((16), Annexe 2) et le Code de la Santé Publique (18,19) encadrent le suivi des grossesses normale et pathologique.

Sept consultations prénatales sont obligatoires. Elles débutent au troisième mois de grossesse et ont un rythme mensuel.

Des bilans biologiques sont à réaliser tout au long de ce suivi, notamment les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose.

Une consultation postnatale est à réaliser obligatoirement dans les huit semaines après l'accouchement.

Trois échographies sont réalisées à 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhées.

Dans le cadre du plan périnatalité, l'HAS préconise une Préparation à la naissance et à la Parentalité (41). Il comprend un entretien individuel en début de grossesse et des séances prénatales dont le nombre et la fréquence sont déterminés selon les besoins des parturientes.

La déclaration de grossesse réalisée avant la fin du troisième mois auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permet la prise en charge des soins obligatoires à 100% dans le cadre de l'assurance maternité (41,42).

Les deux premières échographies sont remboursées à 70%.

Huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont comprises dans cette assurance (41).

Le congé maternité est variable selon la parité et le déroulement de la grossesse (43)

### **2.2.2. L'encadrement de l'accouchement**

Tout comme la grossesse, l'accouchement est soumis à des recommandations.

En avril 2007, l'HAS délivrait des recommandations concernant le déclenchement dit de convenance ou programmé (17). Il s'agit d'un déclenchement sans indication médicale.

Ce déclenchement ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- utérus non cicatriciel
- terme précis
- à partir de 39 Semaines d'Aménorrhée + 0 jours (273 jours)
- col favorable : score de Bishop > ou = 7
- demande ou accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

En 1995, le Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français publiait une conférence de consensus sur le déclenchement de l'accouchement, stipulant qu'il ne semble pas exister sur le plan médical, des avantages ou des inconvénients à pratiquer le déclenchement de convenance chez des patientes présentant les conditions requises et bien informées (44).

## **2.3. *L'application au milieu carcéral***

### **2.3.1. L'organisation des soins**

Les soins médicaux en milieu pénitentiaire s'articulent selon deux axes. Il existe une coordination entre l'hôpital et les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires. Cette organisation émane de la loi du 18 janvier 1994 (article R.6112-19 du Code de la Santé Publique et D.368 du Code de Procédure Pénale) (24).

L'UCSA est sous l'autorité d'un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire (45). L'établissement de santé de rattachement est désigné par l'Agence Régionale de la Santé (article D.368 du Code de la Santé Publique, (45)).

L'UCSA comprend :

- des personnels médicaux : médecins généralistes y compris des internes ; médecins spécialistes hors psychiatres ; chirurgiens dentistes et pharmaciens ;
- des personnels non médicaux : personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, personnels administratifs et médico-sociaux.

Elle a pour mission d'assurer les soins de médecine générale, la prévention et l'éducation des détenus (45). Par ailleurs, elle collabore avec le SMPR qui assure les soins psychiatriques.

Lorsque la prise en charge du détenu nécessite un plateau technique ou une surveillance médicale, l'organisation de ces soins revient à l'établissement de santé de référence pour le secteur sanitaire.

Selon les dispositions décrites dans les articles R.6112-14 et R.6112-26 du Code de la Santé Publique et D.391 du Code de Procédure Pénale, l'hospitalisation peut se faire selon deux schémas (12) :

- soit au sein d'une chambre dite sécurisée dans l'établissement de santé ;

- soit au sein d'une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale. Selon l'arrêté interministériel du 24 août 2000, l'UHSI a pour mission d'accueillir les détenus des deux sexes, majeur et mineur de plus de 13 ans. Elle gère des hospitalisations de durée supérieure ou égale à 48h, programmée ou non.

A noter que les escortes et la garde des détenus lors des hospitalisations ou consultations sont sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire (arrêté interministériel du 13 novembre 2006 (46)).

### **2.3.2. Le cas particulier de la maison d'arrêt de Sequedin et de son protocole de soins**

Depuis son ouverture en 2005, la maison d'arrêt pour femmes de Sequedin est le lieu d'accueil le plus important de la région Nord-Pas-de-Calais.

En 2007, un protocole encadrant l'accouchement des détenues a été établi entre la maison d'arrêt de Sequedin, l'UHSI et l'hôpital Jeanne de Flandre. Il a été mis à jour en novembre 2011 (Annexe 3).

Ce protocole fait suite à des évènements marquants survenus en milieu carcéral. Il a été rapporté qu'une fausse couche gémellaire spontanée tardive et un accouchement ont eu lieu dans les cellules.

Devant la crainte d'une récurrence de ces événements, un groupe de travail composé de praticiens médicaux et paramédicaux a proposé un protocole d'accouchement des patientes incarcérées.

Il repose essentiellement sur un déclenchement artificiel sans indication médicale respectant les Recommandations Professionnelles d'avril 2008 de l'HAS (17).

La patiente peut également bénéficier d'une hospitalisation en per partum au sein de l'UHSI.

L'UHSI se situe sur le site du CHRU de Lille à côté de l'hôpital Jeanne de Flandre. La continuité des soins est ainsi simplifiée par cette proximité.

Lors de la signature de la fiche d'information et de consentement (Annexe 4) ; la patiente accepte le déclenchement à 39 SA et/ou l'hospitalisation à l'UHSI à 38SA.

Elle peut se rétracter à tout moment.

### **3. Patientes et Méthodes**

### **3.1. Objectifs de l'étude**

Nous avons réalisé une analyse descriptive.

L'objectif principal était l'étude du suivi obstétrical des femmes incarcérées en conformité avec les Recommandations Professionnelles de l'HAS (16) et du Code de la Santé Publique (18,19).

L'objectif secondaire était l'analyse descriptive du protocole d'accouchement programmé établi entre la maison d'arrêt de Sequedin, l'UHSI et l'hôpital Jeanne de Flandre (Annexe 3) en tenant compte des lieux d'incarcération initiaux et de leur offre de soins.

### **3.2. Patientes**

Nous avons étudié les détenues incarcérées dans les établissements pénitentiaires accueillant les femmes de la région Nord-Pas-de-Calais.

Le critère principal d'inclusion était la survenue d'un accouchement lors de leur incarcération.

Ce dernier devait avoir lieu entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Cette période d'étude était définie par la mise en application du protocole de la maison d'arrêt de Sequedin et par le début du travail rétrospectif.

Les critères d'exclusion étaient:

- le recours à une interruption volontaire de grossesse ;
- un suivi n'ayant pas entraîné la réalisation de la déclaration de grossesse;
- une incarcération dans un établissement pénitentiaire pour mineur.

### **3.3. Méthodologie**

#### **3.3.1. Type et lieux de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, multi centrique à partir des dossiers obstétricaux des parturientes incarcérées ayant accouché entre 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Les établissements pénitentiaires accueillant des femmes sont au nombre de trois: la maison d'arrêt de Sequedin, la maison d'arrêt de Valenciennes et le centre de détention de Bapaume.

Chacun de ces établissements est lié par un accord selon la loi du 18 janvier 1994 à un centre hospitalier public et par là même à un service de gynécologie-obstétrique.

Il s'agit du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille et de l'hôpital Jeanne de Flandre, du Centre Hospitalier de Valenciennes et du Centre Hospitalier d'Arras.

### **3.3.2. Déroulement de l'étude**

#### **3.3.2.1. Recueil des données**

La liste des patientes à inclure a été obtenue auprès du service du Département d'Information Médicale de chacun des trois centres hospitaliers après accord des praticiens hospitaliers concernés.

Le critère de recherche du DIM était un suivi obstétrical avec une hospitalisation en service de suite de couches chez des patientes ayant pour domiciliation le lieu de détention.

Pour l'hôpital Jeanne de Flandre, le gynécologue-obstétricien responsable des consultations en milieu pénitentiaire a contribué à l'élaboration de la liste des patientes.

Le numéro d'archivage était retrouvé à l'aide du logiciel de gestion des données médicales Otalia.

Les carnets de santé de maternité étaient remplis par l'équipe médicale et paramédicale en place à l'UCSA et dans le service obstétrical de référence. Chaque carnet était soumis au même questionnaire par nos soins.

Nous avons décidé de préserver l'anonymat. Une lettre et un chiffre étaient attribués à chaque patiente.

Une demande de consentement auprès du Comité Nationale d'Informations et Liberté a été effectuée.

### **3.3.2.2. Le questionnaire utilisé**

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme en 4 parties (Annexe 5):

- la première partie reprenait les données personnelles antérieures à la grossesse ;
- la seconde partie évaluait le suivi propre de la grossesse. Elle était composée d'après les Recommandations Professionnelles de l'HAS (16). Pour cette étude, les bilans sanguins de début de grossesse et du sixième mois étaient pris en compte;
- la troisième partie faisait référence à l'accouchement et à son encadrement ;
- la dernière partie reprenait les éléments principaux de la consultation du post-partum.

Le questionnaire était appliqué à chacun des dossiers par nos soins.

### **3.3.2.3. Données complémentaires**

Afin d'appréhender au mieux les conditions de suivi et d'incarcération de nos patientes, nous avons réalisé des entretiens (Annexe 6) auprès des acteurs de santé concernés. Ils ont été interrogés sur 14 questions.

Un entretien a été réalisé avec le Dr Martin, gynécologue-obstétricien, et le Dr Faillon, médecin généraliste pour l'UCSA de Sequedin et avec le Dr Loose, gynécologue-obstétricien (entretien téléphonique) et Mme Aitmeddour, cadre de santé, pour celle de Valenciennes.

Pour l'UCSA du centre de détention de Bapaume, nous avons eu un entretien téléphonique avec le Dr Pégorier, médecin généraliste et Mme Bajoux, cadre de santé.

Nous avons également visité la maison d'arrêt pour femmes du Centre Pénitentiaire de Sequedin et celle de Valenciennes.

Une demande d'effectifs des détenues pour les années 2007 à 2010 a été transmise par courrier à la Direction de l'Administration Pénitentiaire et à la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires du Nord-Pas-de-Calais.

Une recherche bibliographique a été réalisée sur les sites PUBMED, Google scholar, Google et le Service Commun de Documentation de l'université Lille2.

Les termes usités ont été : grossesse, accouchement, maternité, femme enceinte, gravidité, prison, détention, pregnancy, delivery, jail, prisoner.

### **3.3.3. L'exploitation des résultats**

Nous avons été conseillés par le Dr Chazard, le Dr Ficheur et Mademoiselle Maury du Service d'Information et des Archives médicales du CHRU de Lille.

Les données ont été saisies avec le logiciel Excel. L'anonymat des patientes a été respecté.

Des analyses descriptive et qualitative ont été réalisées à l'aide de ce même logiciel Excel.

Trois axes qualitatifs ont été explorés : la réalisation des consultations, celle des examens et celle du protocole d'accouchement.

Pour chacun une norme était définie.

Nous avons analysé la conformité de chacun de ces axes.

## **4. Résultats**

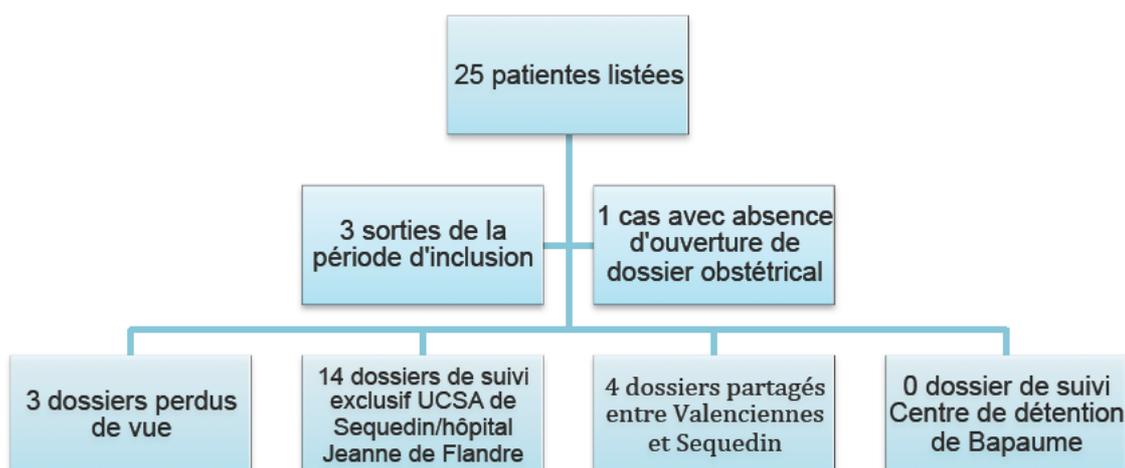
## 4.1. *Caractéristiques de la population*

### 4.1.1. Population incluse

Nous avons obtenu une liste de 25 patientes.

- Trois étaient exclues car ayant un terme de grossesse au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2011.
- Une patiente était exclue car elle n'avait bénéficié que d'une seule consultation obstétricale.
- 21 patientes avaient rempli les critères d'inclusions pré cités.

Trois dossiers n'étaient pas retrouvés au-niveau du dossier informatique et de l'archivage. Ces trois patientes étaient considérées comme perdues de vue.



**Figure 1: schéma d'inclusion des dossiers**

Les 18 dossiers obstétricaux étaient archivés à l'hôpital Jeanne de Flandre :

- 14 dossiers correspondaient à des patientes incarcérées uniquement à la maison d'arrêt de Sequedin.
- 4 dossiers correspondaient à des patientes incarcérées à la maison d'arrêt de Valenciennes puis transférées au sixième mois à la maison d'arrêt de Sequedin.

Aucun dossier ne provenait du centre de détention de Bapaume. Aucune grossesse n'avait été suivie pendant notre période d'étude.

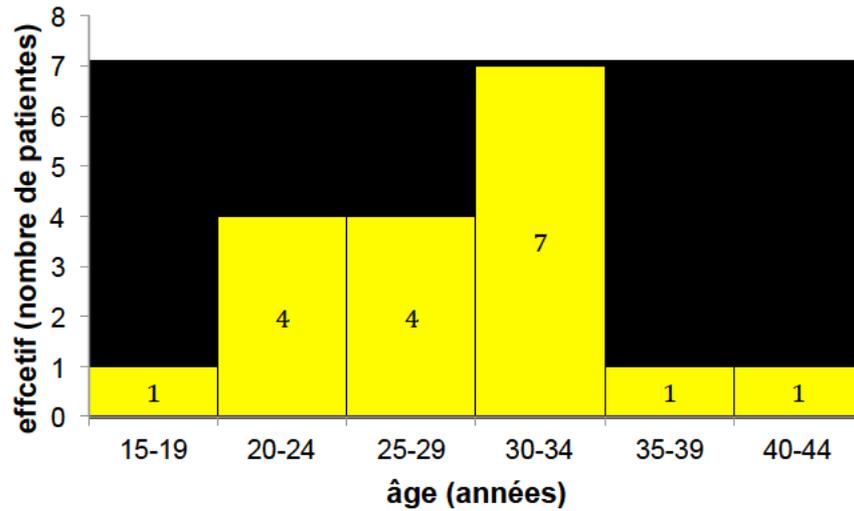
#### **4.1.2. Caractéristiques personnelles**

##### *Le sexe et l'âge :*

Il s'agissait de sujet de sexe féminin.

L'âge d'inclusion était prédéfini par les limites d'âge physiologique de la procréation.

Une patiente était mineure mais le doute persistait quand à la véracité de sa date de naissance. Le maintien en incarcération dans un centre pour adulte nous permettait de l'inclure dans notre étude.



**Figure 2: répartition par âge des sujets.**

L'âge minimal était de 16 ans et maximal de 40 ans. 39% de la population étudiée avaient entre 30 et 33ans.

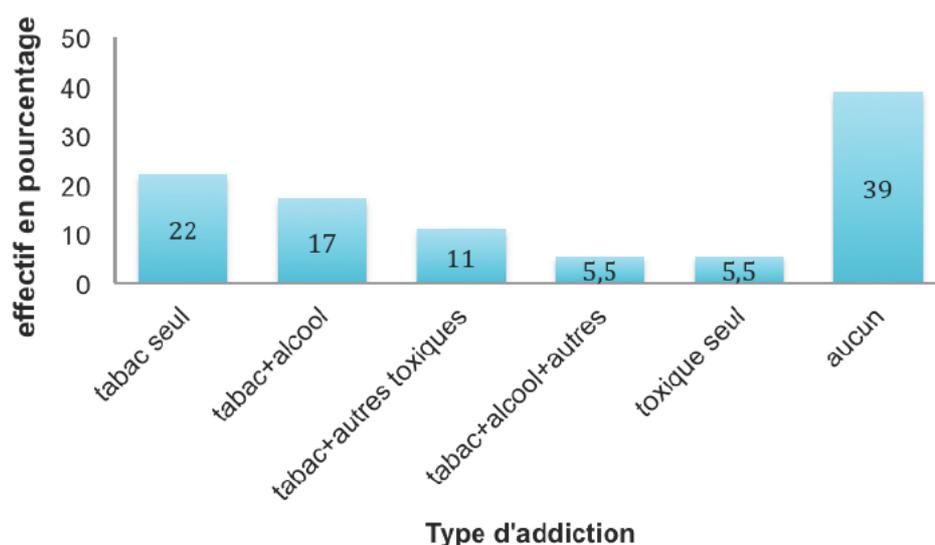
Les addictions:

55% des patientes déclaraient un tabagisme actif lors de la grossesse.

Dans la moitié des cas il était associé à une autre addiction.

Pour deux tiers de ces patientes, cette seconde addiction était l'alcool.

A noter que trois patientes avouaient une addiction concomitante à l'héroïne et à la cocaïne avant la grossesse. Toutes ces patientes étaient sous traitement substitutif pendant la grossesse.



**Figure 3: Répartition des addictions avouées.**

#### 4.1.3. Caractéristiques pénitentiaires

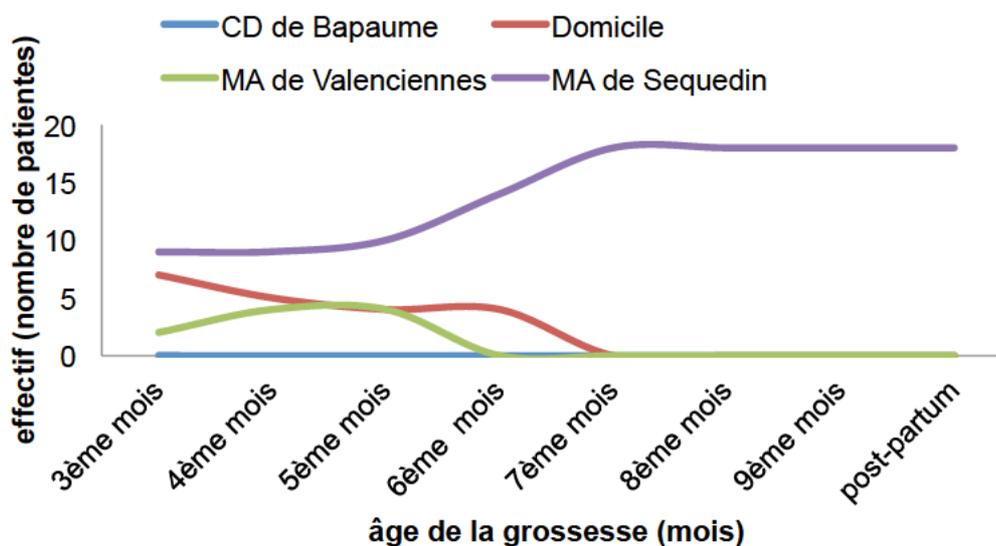
Effectifs incarcérés :

	MA de Sequedin		MA de Valenciennes		CD de Bapaume	
	Femmes incarcérées	Femmes enceintes	Femmes Incarcérées	Femmes enceintes	Femmes Incarcérées	Femmes enceintes
2007	118	3	29	0	94	0
2008	128	6	31	1	96	0
2009	102	3	29	2	97	0
2010	106	2	32	1	94	0

**Figure 4 : Les effectifs des patientes incarcérées et des patientes enceintes durant l'étude.**

La moyenne sur les quatre années d'étude, des femmes enceintes représentait 1,88% de la population carcérale féminine de la région Nord-Pas-de-Calais.

Lieu d'incarcération :



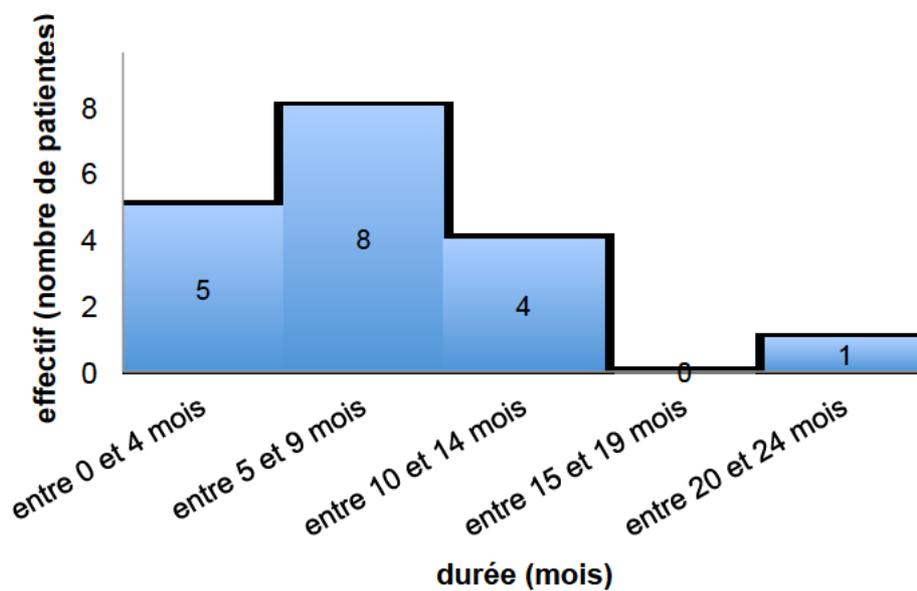
**Figure 5: Répartition des femmes enceintes et en post-partum dans les différents centres sur la période d'étude.**

Dès le sixième mois de grossesse, l'ensemble de nos patientes était incarcéré à la maison d'arrêt de Sequedin.

Aucun suivi de grossesse n'était réalisé au centre de détention de Bapaume durant la période explorée.

La durée d'incarcération :

La durée d'incarcération moyenne était de 6 mois avec une détention minimale de 1 mois et maximale de 24 mois.



**Figure 6: Durée d'incarcération en mois des patientes.**

#### 4.1.4. Caractéristiques obstétricales

La Gestité et la Parité :

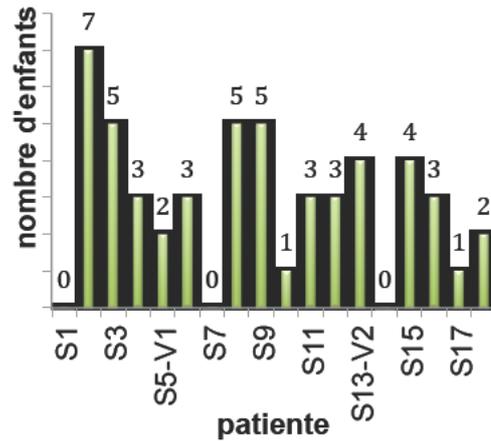
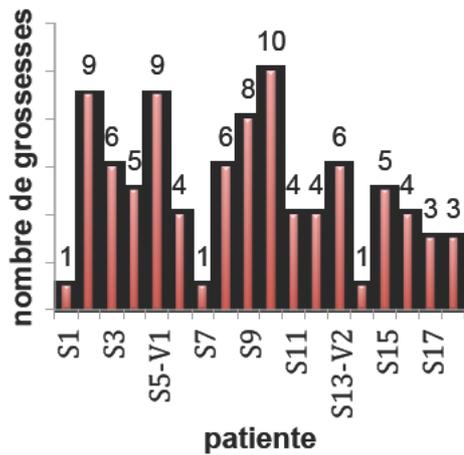


Figure 7: Gestité des patientes

Figure 8: Parité des patientes.

La gestité et la parité apparaissaient très hétérogènes.

Trois patientes étaient primipares lors de notre étude.

Sur les 15 multipares, 11 avaient trois enfants et plus ; soit 61% de la population totale étudiée.

## 4.2. Résultats qualitatifs du suivi et de l'accouchement.

### 4.2.1. Terme à l'incarcération

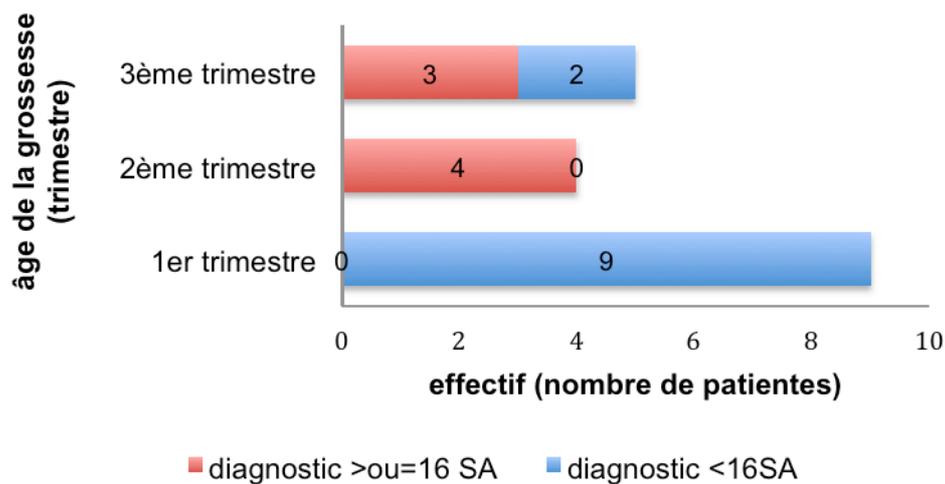
Toutes les patientes étaient enceintes lors de leur incarcération. Le diagnostic de la grossesse était fait lors de l'incarcération pour 83% d'entre elles.

Dans 33% des cas, lors de ce diagnostic la grossesse était à un terme supérieur ou égal à 16 semaines d'aménorrhée.

50% des patientes étaient dans leur premier trimestre de grossesse lors de leur incarcération.

22% des patientes étaient dans leur deuxième trimestre.

28% des patientes étaient dans leur troisième trimestre.



**Figure 9: Répartition des grossesses en fonction du terme à l'incarcération et au diagnostic**

#### **4.2.2. Le plan périnatalité**

Neuf patientes étaient incarcérées au premier trimestre de grossesse. L'entretien du quatrième mois était proposé à 67 % d'entre elles.

Les sept séances prénatales de préparation à l'accouchement et à la parentalité n'étaient proposées à aucune des femmes enceintes incarcérées.

#### **4.2.3. Les axes de qualité**

Le suivi était déterminé en fonction des termes à l'incarcération et lors de l'accouchement.

L'analyse descriptive était réalisée selon 3 axes : les consultations, les examens et le déclenchement.

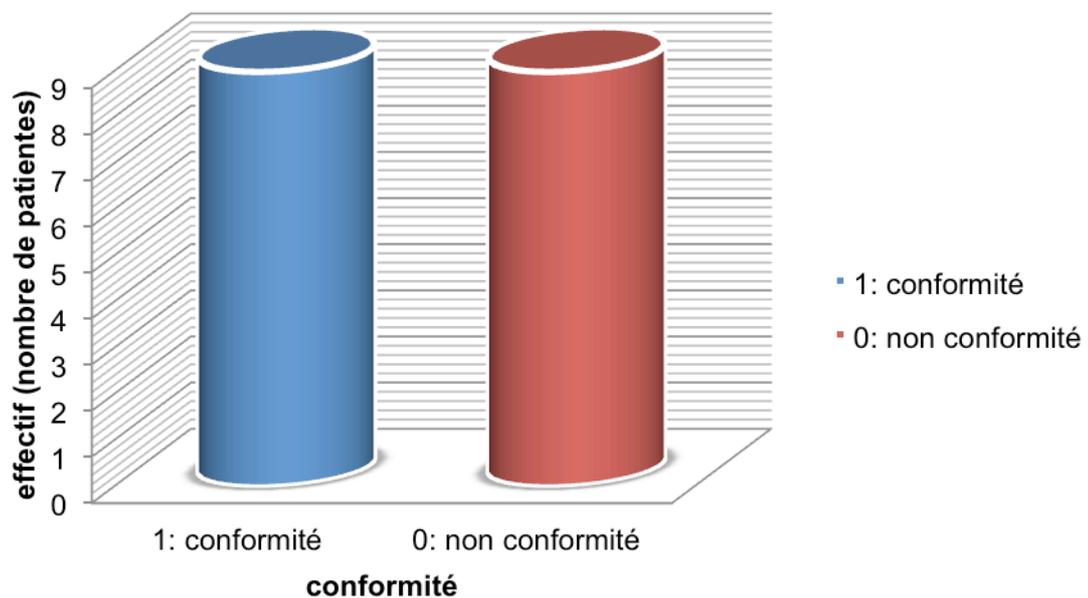
Pour chaque axe était défini une norme.

Axe qualité du suivi :

La conformité totale était définie par la qualité des trois axes.

La norme était définie ainsi :

NORME	
1	Situation où l'ensemble des consultations et examens nécessaires était réalisé et le déclenchement proposé.
0	Autres situations.



**Figure 10 : Qualité du suivi**

La moitié des patientes incluses bénéficiaient d'un suivi selon les Recommandations Professionnelles de l'HAS du CNGOF et du Code de la Santé Publique.

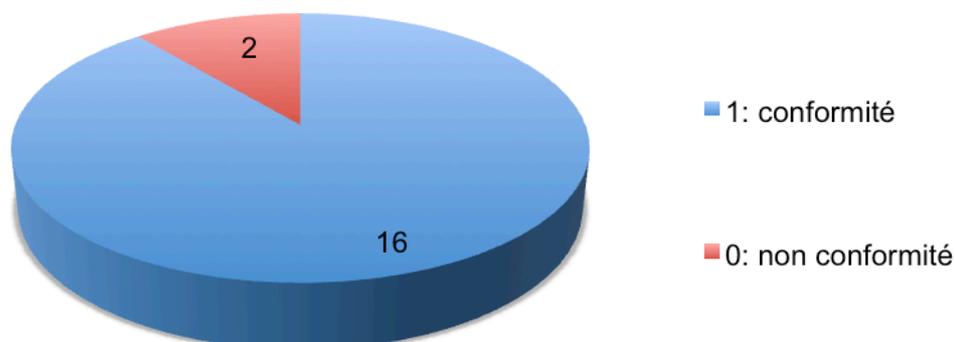
Les motifs de non conformité étaient l'absence de la réalisation d'examens ou de consultations conformes aux recommandations.

### Les consultations :

L'HAS et le Code de la Santé Publique recommandaient sept consultations prénatales entre le troisième et le neuvième mois de grossesse et une consultation post-natale.

La norme était déterminée ainsi :

NORME	
1	Si l'ensemble des consultations obligatoires était réalisé pendant la période d'incarcération.
0	Si une consultation obligatoire n'était pas réalisée dans la fenêtre d'incarcération.



**Figure 11 : Les consultations**

Deux patientes ne bénéficiaient pas d'un suivi dans la norme. Les motifs de non conformité n'étaient pas connus.

Pour ces deux patientes, la consultation du huitième mois n'était pas réalisée.

Les examens :

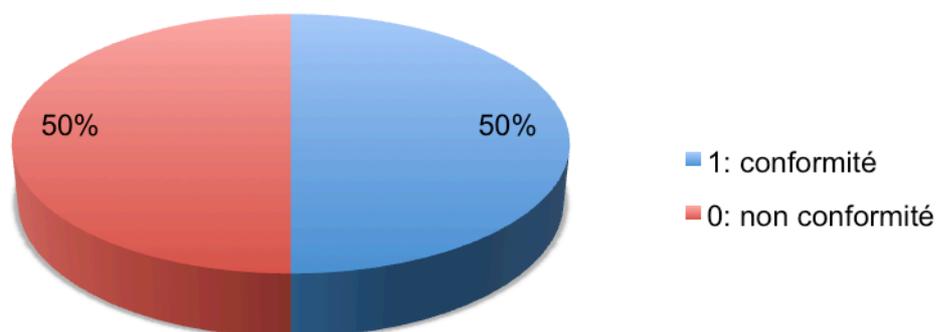
L'HAS et le Code de la Santé Publique recommandaient des examens complémentaires.

Les examens suivants étaient pris en compte :

- trois échographies;
- bilan sanguin: deux déterminations de groupe sanguin, recherche d'agglutinines irrégulières, sérologies toxoplasmose, syphilis et rubéole, hémogramme et dépistage du diabète gestationnel ;
- prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B.

La norme était la suivante :

NORME	
1	L'ensemble des examens complémentaires était réalisé dans la fenêtre de détention.
0	Les autres situations.



**Figure 12 : Les examens complémentaires**

La conformité était de 50%.

Les bilans sanguins étaient réalisés chez l'ensemble des patientes étudiées.

La non conformité était secondaire dans 90% des cas à l'absence de réalisation du prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B.

### L'accouchement

L'HAS et le CNGOF avaient établi des recommandations sur le déclenchement non médical.

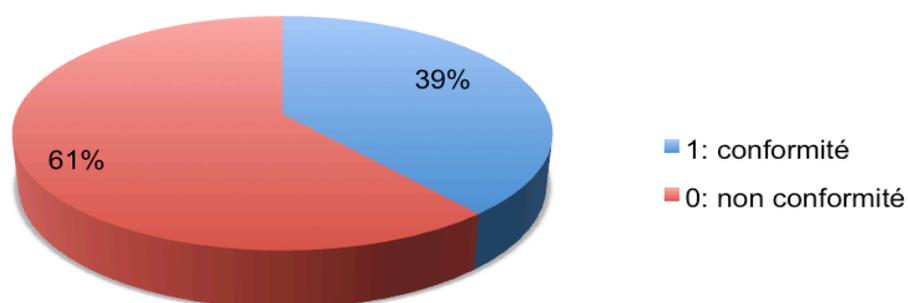
Il pourrait être proposé à toute femme enceinte.

Les critères de déclenchement étaient identiques entre le protocole étudié et les recommandations du CNGOF et de l'HAS.

L'ensemble des patientes était informé du protocole. Une notification de leur choix était inscrite dans le dossier et un consentement leur était remis.

L'analyse qualitative du protocole définissait la norme suivante :

NORME	
1	Le protocole était accepté et réalisé.
0	Les autres situations.



**Figure 13 : Le protocole**

Pour l'axe protocole, l'analyse retrouvait 39% de conformité.

Sur les 61% de patientes qui n'étaient pas déclenchées, six patientes avaient accepté le protocole mais ce dernier n'a pu être réalisé.

Les motifs de non conformité étaient :

- un refus du protocole pour cinq patientes,
- un déclenchement spontané avant le terme du protocole pour cinq patientes,
- une césarienne programmée pour une patiente.

### **4.3. Le fonctionnement des UCSA**

#### **4.3.1. Les effectifs**

Les effectifs du personnel médical et paramédical assurant les soins des femmes étaient variables selon les UCSA

<b>Effectifs globaux</b>	<b>MA de Sequedin</b>	<b>MA de Valenciennes</b>	<b>CD de Bapaume</b>
<b>Médecin généraliste</b>	1	4	2
<b>Gynécologue-obstétricien</b>	1	1	1
<b>Sage-femme</b>	1	0	0
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	2	6	5
<b>Pédiatre</b>	1	0	0
<b>Auxiliaire-puéricultrice</b>	1	0	0

**Figure 14 : Les effectifs médicaux et paramédicaux des UCSA étudiées.**

#### **4.3.2. L'UCSA de la maison d'arrêt de Sequedin**

L'équipe médicale comprenait un médecin généraliste présent à 80% et un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique présent une demi-journée par semaine.

L'équipe paramédicale se composait de deux IDE et d'une sage-femme de la Protection Maternelle et Infantile qui intervenait une demi-journée tous les 15 jours.

Un kinésithérapeute était présent mais ne possédait pas la formation de rééducation périnéale.

La prise en charge pédiatrique était assurée par la PMI. Un pédiatre était présent une demi-journée tous les 15 jours et une auxiliaire puéricultrice une demi-journée par semaine.

Un bilan sanguin avec dosage des béta-HCG était réalisé chez chaque patiente incarcérée.

Le suivi des femmes enceintes se faisait essentiellement au sein de l'UCSA.

Les échographies étaient réalisées lors d'une hospitalisation de jour à l'hôpital Jeanne de Flandre.

Les femmes enceintes et allaitantes bénéficiaient d'un régime alimentaire adapté.

Des le sixième mois, elles étaient transférées dans des cellules au rez-de-chaussée afin de faciliter leur surveillance et leur prise en charge.

En post-partum, les mères et leurs enfants étaient incarcérés dans des cellules spécifiques mère-enfant. Ces cellules avaient la particularité d'avoir un espace sanitaire et de posséder le mobilier nécessaire pour un enfant.

Un espace nurserie était à la disposition des patientes.

### **4.3.3. L'UCSA de la maison d'arrêt de Valenciennes**

L'équipe médicale se composait de quatre médecins généralistes et d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Ce dernier était présent une demi-journée par mois.

L'équipe infirmière était composée de six IDE, avec une présence moyenne de quatre infirmières par jour.

Un bilan sanguin avec un dosage des béta-HCG était réalisé chez chaque patiente incarcérée.

Il n'existait pas de cellules spécifiques pour les femmes enceintes ni de cellules mère-enfant.

Il n'y avait pas d'intervention de sage-femme au sein de cette UCSA.

Les échographies obstétricales étaient réalisées au Centre Hospitalier de Valenciennes.

Toutes les femmes enceintes incarcérées étaient transférées à la maison d'Arrêt de Sequedin dès leur sixième mois de grossesse.

Aucun membre de l'équipe médicale et paramédicale interrogé n'avait connaissance du protocole mis en place à la maison d'arrêt de Sequedin.

#### **4.3.4. L'UCSA du centre de détention de Bapaume**

L'équipe médicale se composait de deux médecins généralistes. Les consultations étaient ouvertes les mardi, jeudi et vendredi toute la journée ainsi que les lundi et mercredi matin.

Un gynécologue-obstétricien attaché au Centre Hospitalier d'Arras intervenait le premier lundi de chaque mois.

Cinq IDE travaillaient au sein de l'UCSA, à raison de trois IDE par jour.

Aucune sage-femme ni équipe pédiatrique n'intervenait.

Le dosage des béta-HCG était réalisé sur demande des patientes.

Les femmes enceintes et allaitantes pouvaient bénéficier, sur prescription médicale, d'un régime alimentaire adapté.

Il existait deux cellules mère-enfant mais aucune cellule spécifique pour les femmes enceintes.

Aucun protocole d'accouchement n'était établi.

## **5. Discussion**

## **5.1. Critique de l'étude**

### **5.1.1. Intérêt de l'étude**

Avant d'établir des recommandations, l'HAS réalise une analyse descriptive de ces données. Une analyse descriptive préalable a permis l'élaboration des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (47). Notre travail réalise cette analyse descriptive du suivi de la grossesse et du protocole appliqués aux femmes enceintes incarcérées.

Le protocole appliqué entre l'hôpital Jeanne de Flandre, l'UHSI et la maison d'arrêt de Sequedin a été mis en place en 2007. A notre connaissance ce protocole n'a été le sujet d'aucune étude. La faiblesse de notre effectif ne nous permet pas d'en réaliser une évaluation mais une analyse descriptive. Cette dernière pourrait être le sujet d'études complémentaires afin d'établir, si besoin, de nouvelles propositions.

En France, quelques études ont été réalisées sur cette population qui reste une minorité sur le plan de la santé publique. Dans les articles parus en 2003 (48,49), la prise en charge des femmes enceintes détenues dans la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et au sein du centre pénitentiaire pour femmes de Rennes était étudiée. L'auteur constatait les soins qui étaient mis à leur disposition mais n'analysait pas leur réalisation. Dans un travail de thèse soutenue en 2007 (50), le ressenti des équipes médicales des UCSA françaises faisait l'objet d'une hétéro-évaluation. Le suivi des femmes enceintes incarcérées était décrit sous un aspect subjectif.

En France, il existait un système de soins pour les femmes enceintes incarcérées mais la validité du suivi n'était pas analysée. Dans un mémoire de Santé Publique de 1999 (51), l'auteur avait la volonté de réaliser une enquête statistique rétrospective des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des mères incarcérées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis sur une période de trois ans. Son travail n'avait pu aboutir car elle n'avait pas eu accès aux données nécessaires.

Néanmoins, le suivi des femmes enceintes incarcérées a fait l'objet de travaux outre-Atlantique, au Royaume-Uni, et dans quelques pays européens.

Dans leur méta analyse parue en novembre 2005, Knight et al. (2) ont étudié l'association entre l'incarcération durant la grossesse et les conséquences sur la périnatalité. Dix études étaient incluses. Les pathologies périnatales explorées apparaissaient moins fréquentes dans la population incarcérée que dans une population socio-économique équivalente libre. Les anomalies périnatales retenues étaient, par contre, variables selon les études incluses. Howard and al. (23) évoquaient également le faible poids de naissance mais l'associaient avec le suivi de la grossesse et plus spécifiquement avec le nombre des visites prénatales. Ces auteurs tentaient de nous démontrer le retentissement de l'incarcération sur la grossesse. Plusieurs facteurs influençaient le déroulement de la grossesse. Ces études étant majoritairement réalisées dans des prisons américaines, elles étaient soumises au système carcéral et au système de soins américains. Les résultats ne nous apparaissaient pas extrapolables aux prisons françaises.

Notre travail rétrospectif sur dossiers des détenues enceintes complète ces études et aborde l'application des soins pour les femmes enceintes incarcérées dans une prison française.

Le choix de travailler sur le carnet de santé de maternité et d'utiliser les recommandations de l'HAS permet de prendre en compte le système de soins français et de rendre nos résultats comparables à d'autres études françaises.

### **5.1.2. Principaux biais de l'étude**

Notre étude est une étude rétrospective sur quatre années. Une étude rétrospective limite le biais de réalisation. Une étude prospective serait très intéressante à réaliser. Toutefois sa réalisation nécessiterait beaucoup plus de temps et de moyen. Elle présenterait probablement le risque d'une influence de l'étude sur le travail des équipes malgré une méthodologie rigoureuse.

La délimitation dans le temps de l'étude était fixée par l'application du protocole et par l'instauration de notre recueil de données. Cette période s'est révélée insuffisante. De 2007 à 2010, aucune femme enceinte n'a été incarcérée au centre de détention de Bapaume. Le caractère multicentrique reste conservé grâce à l'étude de patientes issues des maisons d'arrêt de Sequedin et de Valenciennes.

Malgré son caractère multicentrique, l'effectif de notre étude était faible. Il a été réduit par trois patientes perdues de vue. Ces pertes de vue sont secondaires à une absence de numéro d'archivage hospitalier. Nous supposons que des remises de peine ont pu être appliquées suite à la découverte d'une grossesse. Ces patientes, suivies lors de leur détention, n'ont pas été incluses.

La réalisation d'un dosage des bétaHCG n'est pas obligatoire lors du bilan d'entrée des femmes incarcérées (52). Sa prescription est secondaire à une évaluation médicale et à la demande de la patiente. Cette réalisation non systématique représente un biais dans le diagnostic des femmes enceintes incarcérées.

Cette faiblesse de notre effectif et l'absence de données spécifiques de la population féminine incarcérée dans la région Nord-Pas-de-Calais ne nous ont pas permis de réaliser une évaluation du protocole et du suivi. Une analyse descriptive et qualitative a été élaborée.

Les biais de sélection, de réalisation et d'évaluation ont été limités à l'aide d'un recueil réalisé par un seul intervenant et sur un seul support.

Notre questionnaire a été établi selon les Recommandations Professionnelles de l'HAS (16). Nous avons volontairement regroupé les examens sanguins. Nous n'avons pas pris en compte les examens sanguins complémentaires tels que le contrôle mensuel de la sérologie de la toxoplasmose. Ces examens étant réalisés au sein des UCSA, les résultats n'étaient pas toujours notifiés dans le carnet de santé maternité. Ceci améliore la clarté de l'étude mais en diminue l'exhaustivité.

Nous avons travaillé sur le carnet de santé maternité. Cet outil est national et validé par le Code de la Santé Publique (53,54). Il doit permettre la continuité des soins.

Un seul outil permet de réduire le biais d'évaluation mais présente des limites. Nous n'avons pu ni confirmer la réalisation des consultations du post-partum, ni différencier les motifs de non conformité. L'ensemble des carnets n'était pas rempli de manière optimale. Des données étaient manquantes. Il s'agissait le plus souvent de données personnelles ainsi que l'identification du praticien qui réalisait la consultation.

Nous signalons que nous n'avons pas jugé nécessaire d'inclure les motifs d'incarcération de nos patientes, même si certains pouvaient influencer le déroulement de la grossesse (infanticides (55,56)).

### **5.1.3. Le choix de la population**

Avec 4 025 344 de personnes en 2009, la région Nord-Pas-de-Calais est au troisième rang des régions de province. Son sex-ratio est de 0,9 soit 2 082 586 femmes (57). Parmi ces femmes, 238 sont écrouées-détenues (27). Le lieu d'affectation étant dépendant de l'administration pénitentiaire, les détenues-écrouées ne sont pas obligatoirement originaire du Nord-Pas-de-Calais (58). Les établissements pénitentiaires sous la DISP de Lille représentent 17,3% de la capacité d'accueil des femmes incarcérées en

France soit 411 places dont 285 places pour les établissements de la région Nord-Pas-De-Calais (13). Il s'agit d'une des capacités les plus importantes de France. En comparaison, les établissements sous la DISP de Paris représentent 18,9% de cette capacité d'accueil française.

A noter qu'en 2009, la population féminine incarcérée écrouée sous la DISP de Lille représente 3,3% de la population incarcérée régionale, ce qui est superposable aux chiffres nationaux.

De plus, cette région a un taux de natalité de 14 ‰ en 2008, supérieur au taux français de 12,8 ‰ (59). En 2010, la région a compté 56 467 naissances (59) dont 5 330 au CHRU de Lille (60), 3 269 au CH de Valenciennes (61) et 2 155 au CH d'Arras (62).

## **5.2. *Discussion des résultats***

### **5.2.1. Les caractéristiques de la population**

#### - Les caractéristiques personnelles.

Les caractéristiques de notre échantillon se rapprochent des caractéristiques de la population carcérale française.

La DREES en 2003 (63) a évalué la santé de 3 634 femmes entrantes en prison. La moyenne d'âge de la population étudiée était de 30 ans pour la DREES. Elle est de 29 ans pour notre effectif. Une seule de nos patientes était mineure.

Nous l'avons incluse dans l'étude car elle était incarcérée à la maison d'arrêt de Sequedin et bénéficiait du même suivi que les autres patientes.

En 2003, la population carcérale présentait des carences sanitaires et un environnement socio-économique défavorable puisqu'un tiers des femmes incarcérées déclaraient ne pas avoir de logement stable et également un tiers n'avaient pas de protection sociale. Nous n'avons pas les données socio-économiques de nos patientes mais la présence de 39% de déclarations tardives de grossesses peuvent nous faire évoquer une absence de contact avec le système de soin pour ces patientes.

De plus, les addictions déclarées par nos patientes se rapprochent de celles retrouvées dans la population carcérale étudiée en 2003. On rapporte 56% de fumeuses dans notre effectif contre 63% pour la population féminine carcérale en 2003, 22% de consommation d'alcool avouée contre 17% en 2003. La DREES n'avait pas distingué les femmes enceintes dans son effectif étudié. La consommation d'alcool et de tabac est un sujet évoqué lors de la première consultation de prénatale (16), les patientes sont sensibilisées à leur nocivité sur la grossesse. Cette sensibilisation aux effets négatifs de l'addiction peut expliquer cette différence retrouvée. La consommation de drogues illicites représente 19% des femmes incarcérées et 22% de notre effectif. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies retrouvent une augmentation de la consommation de drogues illicites chez les femmes ces dix dernières années (64,65). Cette tendance pourrait expliquer l'écart entre notre taux et celui retrouvé par la DREES en 2003.

La grossesse n'était pas un critère d'étude de la DREES. Nous ne possédons aucune donnée sur la gestité et la parité des femmes françaises incarcérées. Néanmoins, la moitié de nos patientes avaient eu plus de 5 grossesses antérieures et seulement 17% étaient primigestes.

Ces chiffres diffèrent des études américaines. Mertens en 2001 (22), a étudié une population de 72 patientes comprenant seulement 6% de primigestes et 54% de patientes ayant entre 2 et 4 grossesses antérieures.

Toutes nos patientes étaient enceintes lors de l'incarcération et pour la moitié, elles étaient dans leur premier trimestre de grossesse. Ce constat concorde avec les études publiées respectivement en 2004 et 2010 par Bell et al. (66) et Howard et al. (67), leurs données portaient sur des effectifs plus importants. Notre faible effectif ne nous permet pas d'affirmer que toutes les grossesses suivies en prisons sont antérieures à l'incarcération mais la tendance générale s'orienterait vers ce constat.

#### - Les caractéristiques carcérales.

Peu d'études multicentriques ont été réalisées. Les travaux français (48–50) étudiant plusieurs UCSA ne présentaient aucune donnée statistique. Notre étude multicentrique nous permet d'appréhender la répartition des femmes enceintes incarcérées.

Deux constats sont à faire. Nous n'avons pu inclure aucune patiente issue du centre de détention de Bapaume et l'ensemble de nos patientes était, dès le

sixième mois de grossesse, suivi à l'hôpital Jeanne de Flandre. Nous nous sommes posés la question des possibilités de gestion des femmes enceintes par les différentes structures pénitentiaires étudiées.

Seuls le centre de détention de Bapaume et la maison d'arrêt de Sequedin possèdent des cellules mère-enfants (13). La maison d'arrêt de Valenciennes n'a pas les structures nécessaires pour accueillir les patientes ce qui a pu conduire à un accord avec la maison d'arrêt de Sequedin. Le centre de détention de Bapaume accueille des femmes condamnées pour des peines supérieures à un an, il est possible que le turn-over soit moins important que pour une maison d'arrêt.

Il semblerait que la maison d'arrêt de Sequedin ait hébergé plus fréquemment les femmes enceintes. En moyenne, sur nos quatre années d'étude, les femmes enceintes représentaient 4% de la population carcérale féminine de la maison d'arrêt de Sequedin contre 3,3% de celle de la maison d'arrêt de Valenciennes.

Si ces trois lieux d'incarcération sont tous affiliés à une maternité de niveau III, la maison d'arrêt de Sequedin a l'avantage de se situer à moins de 10 kilomètres de l'UHSI et de l'hôpital Jeanne de Flandre. Ce regroupement géographique nous rappelle le problème évoqué par l'Assemblée Nationale dans son rapport de 2009 (13), la disparité géographique des lieux de détention féminins. Un seul lieu habilité à recevoir les femmes enceintes possède l'avantage d'une structure adaptée mais augmente le risque d'éloignement familial.

La durée moyenne d'incarcération était de 237 jours soit environ 7,7 mois. La moitié de nos patientes était incarcérée dans leur premier trimestre de grossesse et le suivi de l'ensemble de leur grossesse était réalisé en prison. Nous n'avons pas étudié le retentissement propre de ce suivi mais Howard et al. en 2008 (68) évaluaient le lien entre la durée de l'incarcération et le retentissement périnatal. L'évaluation était faite sur trois groupes de patientes incarcérées distinctes, les caucasiennes, les afro-américaines et les hispaniques. Il en découlait que pour les groupes caucasien et afro-américain, l'âge gestationnel du terme est d'autant plus élevé que l'incarcération est précoce dans la grossesse. Il semblait exister un impact de l'incarcération sur le déroulement du suivi de la grossesse.

### **5.2.2. Le suivi de la grossesse.**

Nous avons choisi d'étudier le retentissement de l'incarcération sur la prise en charge médicale des grossesses.

En 2005, Knight et al. ont réalisé une méta-analyse sur le retentissement de l'incarcération sur la grossesse (2). Le taux de morbinatalité était plus faible chez les femmes enceintes incarcérées présentant des caractéristiques sociodémographiques défavorables. Ce taux se retrouvait être plus faible quand on le rapportait à une population comparable non incarcérée (OR 0.32, 95% CI 0.12 – 0.85). Toutefois, il était plus élevé si on le compare à celui de la population générale des femmes enceintes.

L'incarcération soustrait les femmes enceintes à de nombreuses situations à risque, comme le décrivent Fazer et al. dans leur étude parue en 2011 (69). Ces derniers rappelaient également que l'accès aux soins était différent de celui de la population générale. Les études avaient utilisé une méthode de régression linéaire pour diminuer l'impact des facteurs de risque tel que les addictions et ne prendre en compte que le facteur incarcération (23).

Mais l'incarcération influençait une grossesse par le stress qu'elle impliquait et par les modifications qu'elle engendrait (70). Dans notre étude, seule la moitié de notre effectif a reçu des soins conformes aux Recommandations Professionnelles de l'HAS.

Ces bonnes pratiques comprennent sept consultations prénatales et une consultation du post-partum. Les examens complémentaires pris en compte dans notre étude sont les trois échographies obstétricales, le bilan sanguin de début de grossesse et celui du sixième mois ainsi que le prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B.

#### - L'accès aux examens :

Comme au sein de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (48,49), l'ensemble des examens nécessaires au suivi de la grossesse est proposé dans nos trois lieux de détention. Une consultation par un médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique est réalisée au sein même des UCSA et des consultations avec une sage-femme sont proposées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et à celle de Sequedin.

Dans la fenêtre incarcération, seulement deux patientes n'ont pas bénéficié du nombre recommandé de consultations prénatales. Il s'agissait de la consultation du huitième mois. Cette consultation peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme. Pour une patiente, cette consultation et l'échographie de croissance n'étaient pas réalisées. Aucun motif de non conformité n'était notifié dans le dossier.

Deux explications peuvent être données : soit un refus de la patiente de se rendre à l'examen, soit un problème d'organisation au niveau médical ou pénitentiaire. L'escorte qui conduit la patiente en hôpital de jour est assurée par l'administration pénitentiaire (circulaire interministérielle du 6 décembre 2006, (46)). Dans leur rapport publié en 2001, l'IGAS et l'IGSJ (24) évoquaient les problèmes de coordination entre les besoins médicaux et les moyens pénitentiaires. Il semblerait que par manque d'effectif, les médecins doivent choisir les extractions prioritaires (12). Mertens, également en 2001 (22), abordait ce problème. La détention influait sur le suivi médical. Il évoquait des examens non réalisés car la patiente devait être présente pour l'appel. L'amélioration du suivi passerait par une organisation des soins proposés et une meilleure coordination des UCSA et de l'administration pénitentiaire.

- les soins absents :

Le suivi prénatal est notifié dans le carnet de santé de maternité. Nous n'avons aucune trace écrite de la consultation du post-partum et de la réalisation de rééducation périnéale.

A partir de données déclaratives, nous pouvons affirmer que la consultation du post-partum est réalisée par le gynécologue-obstétricien au sein des UCSA étudiées. Cette consultation n'a pas fait l'objet de travaux dans la littérature. La consultation du post-partum a un rôle d'éducation des patientes avec la mise en place de la contraception (71). En 2006, Clarke et al. (4) retrouvaient un taux de survenue de grossesses non planifiées de 83,6% avec des erreurs de contraception chez 66,5% de ces patientes incarcérées. Il serait intéressant d'étudier l'impact de la consultation du post-partum sur la contraception des patientes incarcérées.

La rééducation du post-partum n'est pas systématique. Sa prescription, faite à la sortie de la maternité ou lors de la consultation du post-partum, est individualisée. Dix séances, réalisées par un kinésithérapeute ou une sage-femme, sont prises en charge à 100% par la CPAM (72). Une rééducation périnéale était conseillée sur les lettres de sortie de toutes nos patientes étudiées. Selon, les mêmes données déclaratives, aucune n'avait pu en bénéficier. Ce constat était identique dans l'étude faite en 2003 à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et dans le centre pénitentiaire de Rennes (48).

La rééducation périnéale ne s'intègre pas dans le cursus initial des sages-femmes et des kinésithérapeutes. Il serait intéressant de former le personnel intervenant à l'UCSA.

### **5.2.3. La périnatalité.**

Lors de notre étude nous avons constaté des lacunes dans la proposition des soins encadrant la naissance. Les femmes enceintes n'ont pas toujours eu la possibilité de réaliser des séances d'accompagnement et d'information prénatales.

Dans ses recommandations pour la pratique clinique concernant la Préparation à la naissance et à la Parentalité (41), l'HAS nous rappelle qu'en France, huit séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par la CPAM dont l'entretien individuel. Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du premier trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple. Ces séances doivent être systématiquement proposées. Elles s'intègrent dans le plan périnatalité 2005-2007 (73,74) dont l'objectif principal était la réduction de la mortalité périnatale et maternelle en intégrant une approche plus sécuritaire mais aussi plus humaine des soins périnataux.

Comme les femmes enceintes incarcérées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (48,49), les parturientes incarcérées toute leur grossesse à la maison d'arrêt de Sequedin ont pu bénéficier d'entretiens avec la sage-femme. Ces consultations étaient notifiées dans le carnet de santé de maternité. Dans les deux cas, il s'agissait surtout d'entretien d'écoute, d'information et de réassurance.

Lors de l'évaluation du plan périnatalité en mai 2010 (75), les entretiens avec les professionnels de santé ont montré un avantage dans le dépistage et la prise en charge des facteurs de vulnérabilité de la grossesse. Un constat similaire était fait par Bell et al. (66) et Schroeder et al. (76). Dans leurs études publiées respectivement en 2004 et 2005, ils remarquaient qu'une prise en charge périnatale renforcée avec un soutien et un accompagnement des femmes enceintes incarcérées améliorait le vécu des parturientes, le déroulement de l'accouchement et le poids de naissance des enfants. Il existait un avantage à ces consultations. Toutefois, toutes les femmes enceintes incarcérées n'ont pas accès à ce dispositif (22). Les parturientes détenues à la maison d'arrêt de Valenciennes n'ont pas pu bénéficier de l'entretien du quatrième mois.

Notre étude rétrospective ne nous a pas permis de distinguer les soins proposés de ceux non proposés. Le refus des patientes à certains soins proposés n'était pas notifié dans les dossiers. Néanmoins, nous constatons que les UCSA bénéficiant de l'intervention d'une sage-femme sont en mesure de proposer aux patientes enceintes incarcérées une prise en charge périnatale conforme aux recommandations. Ces mesures ne sont pas obligatoires mais doivent être systématiquement proposées. Concernant ces entretiens, il serait intéressant d'évaluer la demande des parturientes afin de discuter leur mise en place dans les UCSA.

Le plan périnatalité intègre aussi le rôle du futur père dans le déroulement de la grossesse. Ce dernier est sollicité lors de l'entretien individuel et lors des séances pré et post natales (41).

La notion de paternité dans le cadre de la grossesse chez des femmes incarcérées, est peu reprise dans la littérature. En 2004, Bell et al. (66) retrouvaient 12,6% de femmes enceintes mariées. Clarke et al. (77) évoquaient l'implication du conjoint dans la décision de la contraception du post-partum. Nous n'avons pas étudié le statut marital de nos patientes car ce dernier n'était pas notifié dans les dossiers étudiés. Sur le plan législatif, les lois pénitentiaires n'évoquent pas la présence du père lors des consultations prénatales mais notifient l'autorisation de sa présence lors de l'accouchement, si un droit de visite lui est accordé (45). Avec nos données actuelles, nous ne sommes pas en mesure de juger de l'application des recommandations de l'HAS concernant l'implication du père dans ces grossesses. Une étude prospective concernant ce facteur serait intéressante.

#### **5.2.4. L'accouchement.**

L'accouchement des femmes enceintes incarcérées est encadré essentiellement sur le plan législatif. En 2004, la circulaire N°13 de l'Administration Pénitentiaire rappelle que « *la personne détenue ne doit en aucun cas être menottée pendant l'accouchement, c'est-à-dire tant dans la salle de travail que pendant la période elle-même de travail* » (10).

Dans son article D.400, le Code de Procédure Pénal indique « *que leur accouchement [doit être] réalisé dans le service hospitalier approprié à leur état de santé* » (10).

La réalisation d'un accouchement au sein du service hospitalier adapté est facilitée par l'organisation d'un déclenchement. Un déclenchement artificiel sans indication médicale peut être réalisé chez toute femme enceinte présentant les conditions requises par les recommandations de l'HAS (17).

En 2007, les praticiens de l'UCSA de Ducos en Martinique déclaraient déclencher les femmes enceintes incarcérées afin de pouvoir organiser le séjour à la maternité (50). Aucune autre donnée dans la littérature n'a été retrouvée concernant un déclenchement chez les femmes enceintes incarcérées.

Le protocole établi entre la maison d'arrêt de Sequedin, l'UHSI et l'hôpital Jeanne de Flandre propose une hospitalisation à 38SA à l'UHSI et un déclenchement à 39SA pour des raisons similaires. Ce protocole est soumis à la volonté des femmes enceintes.

Dans notre étude 13 patientes avaient acceptés le protocole sur les 18 femmes incluses. A noter que l'ensemble de nos patientes a accouché à l'hôpital Jeanne de Flandre. Parmi les cinq refus, deux césariennes étaient programmées pour des raisons médicales et donc les patientes étaient exclues du protocole. Ainsi, 81% de notre population acceptait le protocole de déclenchement. Nous n'avons pas fait la distinction entre l'acceptation du déclenchement seul et celle du déclenchement associé avec une hospitalisation à l'UHSI.

Malgré la faiblesse de notre échantillon, nous pouvons remarquer une tendance positive dans l'acceptation du protocole. Le refus des patientes n'était pas justifié dans les dossiers. Il serait intéressant d'évaluer le degré d'information et de compréhension de ce protocole auprès des patientes ayant signifié un refus. Une feuille d'information et de consentement est remise aux patientes lors de l'entretien du sixième mois. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'information est tardive. Evoquer ce protocole de manière plus précoce dans la grossesse aurait probablement l'avantage de laisser un temps de réflexion plus important aux patientes et de réaliser plusieurs séances d'explication.

Lors des entretiens avec les praticiens des UCSA, nous avons constaté une méconnaissance de ce protocole chez certains, notamment au sein de l'UCSA de la maison d'arrêt de Valenciennes. Les parturientes de la maison d'arrêt de Valenciennes sont systématiquement transférées au sixième mois de grossesse à la maison d'arrêt de Sequedin et se voient proposer le protocole. Afin de favoriser l'information des patientes, nous préconiserions une information du protocole de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des UCSA.

Sur le plan médical, si treize patientes ont accepté le protocole, seules sept ont pu être déclenchées artificiellement. Ces chiffres sont secondaires à un déclenchement spontané chez cinq patientes et à la réalisation d'une césarienne sur indication médicale. Parmi ces six patientes, quatre ont bénéficié d'une hospitalisation en pré-partum au sein de l'UHSI et ont été

prises en charge de manière adaptée lors du déclenchement spontané grâce à la proximité de l'hôpital Jeanne de Flandre. L'hospitalisation à l'UHSI n'a pu être programmée pour les deux autres parturientes car elles ont accouché à un terme inférieur à 38 SA.

Si la faiblesse de l'échantillon de notre étude ne nous permet pas d'évaluer le protocole établi entre la maison d'arrêt de Sequedin, l'UHSI et l'hôpital Jeanne de Flandre, nous pouvons constater une tendance positive à son acceptation et à son application. Néanmoins, nous pouvons discuter l'intérêt d'une information étendue à l'ensemble des équipes des UCSA soumis à ce protocole afin de favoriser l'information des patientes.

Un déclenchement ne semble pas avoir plus d'avantage ou d'inconvénient sur le plan médical chez une femme enceinte (44), mais il permet une organisation de l'accouchement. En 2001, l'IGAS rappelait que l'organisation des soins aux détenues était soumise au problème des extractions et de l'organisation de l'administration pénitentiaire (24). Programmer l'accouchement semblerait être une solution aux problèmes d'extractions.

## **6. Conclusion**

Les prisons ont été conçues par des hommes pour des hommes, les besoins féminins ont été souvent omis (1,27).

La population carcérale féminine française est une minorité. Elle représente seulement 3,6% de la population carcérale française (78). Les femmes enceintes incarcérées reste une minorité de cette minorité.

Sur nos quatre années d'étude, elles représentent, en moyenne, 1,88% de la population carcérale féminine de la région Nord-Pas-de-Calais. La maternité est à l'origine de besoins spécifiques que la justice doit prendre en compte lors des incarcérations des femmes. Les femmes écrouées-détenues doivent prétendre aux mêmes soins que les femmes libres (5).

L'impact de la détention sur la grossesse et particulièrement sur le poids de naissance des enfants a fait l'objet de travaux outre Atlantique, au Royaume-Uni et dans quelques pays européens (2).

Peu d'études françaises ont été réalisées. L'analyse du suivi des femmes enceintes incarcérées dans la région Nord-Pas-de-Calais entre 2007 et 2010 est un travail préliminaire. La faiblesse de notre effectif ne nous a pas permis de réaliser une évaluation de cette prise en charge mais d'en réaliser une analyse descriptive.

Le suivi des femmes enceintes étudiées semblait satisfaisant puisque la moitié de notre effectif avait une prise en charge conforme aux recommandations de l'HAS (16). La formation spécifique du personnel de l'UCSA aux soins périnataux, telles que la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale, pourrait permettre de tendre vers une prise en charge optimale de cette population.

Une amélioration serait également à prévoir concernant la coordination entre les services médicaux et les services pénitentiaires. L'organisation des escortes semble influencer la réalisation des examens des patientes (24).

La réalisation d'un protocole encadrant l'accouchement entre la maison d'arrêt de Sequedin, l'UHSI et l'hôpital Jeanne de Flandre peut apparaître comme une réponse au problème d'organisation des extractions. Ce protocole a pour finalité de limiter les risques d'une naissance à l'extérieur de l'hôpital.

Ces craintes ont été formulées par les femmes enceintes incarcérées, le personnel médical et paramédical et l'administration pénitentiaire. Son application nous apparaît optimal puisque l'ensemble des patientes était informé de ce protocole et que 81% de notre effectif l'avait accepté. Les échecs de sa réalisation étaient majoritairement secondaires à un déclenchement spontané des patientes. Les refus n'étaient pas justifiés mais il nous paraît intéressant de travailler sur l'information des patientes. La compréhension parfaite du protocole par l'ensemble des équipes et des parturientes pourrait lui être favorable.

Ce protocole est actuellement appliqué par la maison d'arrêt de Sequedin. Suite à un accord, les parturientes de la maison d'arrêt de Valenciennes bénéficient de la même prise en charge à partir du sixième mois de grossesse. Ce n'est pas le cas du centre de détention de Bapaume, où, depuis quatre ans, l'équipe n'a pas eu l'occasion de prendre en charge une femme enceinte.

La centralisation des pratiques permettrait à une seule équipe d'être confrontée aux femmes enceintes. Ce personnel aurait un contact plus régulier avec cette minorité, il deviendrait à la fois qualifié et habitué au suivi cette population. Une étude prospective nous permettrait d'évaluer les bénéfices d'un regroupement des soins. Un seul lieu présente l'avantage de pouvoir proposer aux patientes l'ensemble des soins auxquels elles peuvent prétendre mais ceci au détriment de la proximité familiale.

Il semble impératif de poursuivre les investigations afin de ne pas léser cette minorité. Ces femmes vont donner naissance à des enfants pendant leur incarcération. L'emprisonnement va retentir sur elles mais aussi sur ces enfants. Le code de procédure pénale, avec son article D.400 stipulant que *« Si la naissance a lieu dans un établissement pénitentiaire, l'acte de l'état civil mentionne seulement la rue et le numéro de l'immeuble »*, tente de les préserver. Une prise en charge optimale des grossesses des femmes incarcérées apporterait non seulement un bénéfice aux patientes mais aussi limiterait les pertes de chances de la génération à venir.

L'évaluation du protocole de soins des femmes enceintes incarcérées pourrait être intégré au Programme Hospitalier de Recherche Clinique. Elle bénéficierait de la réalisation d'une étude prospective avec un effectif adapté. Les résultats auraient, alors, un impact plus important.

## **7. BIBLIOGRAPHIE**

1. Bastick M, Townhead L. Femmes en prison. Commentaire sur l'Ensemble des règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus. 2008 juin;
2. Knight M, Plugge E. The outcomes of pregnancy among imprisoned women: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetric and Gynecology*. 2005 nov;112:1467–74.
3. Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres, Panayotopoulos-Cassiotou M. Rapport sur la situation particulière des femmes en prison et l'impact de l'incarcération des parents sur la vie sociale et familiale (2007/2116(INI)). 2008 janv;
4. Clarke JG, Hebert MR, Rosengard C, Rose JS, DaSilva KM, Stein MD. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. *American Journal of Public Health*. 2006 mai;96:834–9.
5. Nations Unies, assemblée Générale. Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok). 2010 oct;
6. United Nations Office on Drugs and Crime, Organisation Mondiale de la Santé, Europe. La santé des femmes en milieu carcéral. Eliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons. 2009;
7. Lallement D. Expérimentation d'Unités de Vie Familiale. 2003;
8. Faure M. Le droit à l'intimité en détention. *Le Monde Diplomatique*. 1999;
9. Bechlivanou G. Les liens familiaux au regard du droit européen. 2001.
10. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Les droits de l'homme en prison. 2007. 200 p.
11. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice. Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France. 2009 janv;
12. Marsala V, Pautrat C. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. 2011 juin;
13. Huet G, député. Rapport d'information fait au nom de la délégation 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. 2009 sept 8;
14. Détail d'un article de code [Internet]. [cité 2011 nov 16]; Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle>.
15. Détail d'un article de code [Internet]. [cité 2011 nov 16]; Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>

16. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007 mai;
17. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. 2008 avr;
18. Article L2122-1 du code de Santé Publique, Deuxième partie, Chapitre II: examens de prévention durant et après la grossesse. [Internet]. [cité 2011 nov 19];Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>
19. Code de la santé Publique. Section1: Examens médicaux obligatoires, Articles R2122-1, R2122-2 et R2122-3 [Internet]. légifrance. [cité 2011 nov 19];Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>
20. Abu-Ghanems S, Sheiner E, Wiznitzer A, Sergienko R, Shoham-Vardi I. Lack of prenatal care in a traditional community: trends and perinatal outcomes. Archives of gynecology and obstetrics. 2011 nov;
21. Cordero L, Hines S, Shibley K, Landon M. Perinatal outcomes for women in prison. Journal of Perinatology. 1992 sept;(12).
22. Mertens D. Pregnancy outcomes of inmates in a large county jail setting. Public Health Nurs. 2001 janv;(18).
23. Howard D., Strobino D, Sherman S, Crum R. Within prisons, is there an association between the quantity of prenatal care and infant birthweight? Pediatric and perinatal epidemiology. 2008;22:369–78.
24. Fatome M, Vernerey M, Lalande, Froment, Valdes-Boulouque. L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. 2001 juin;
25. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. Patients, prisoners, or people? Womens prisoners' experineces of primary care in prison: a qualitative study. British Journal of General Practice. 2008 sept;(58).
26. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. [cité 2011 déc 14];Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp>
27. André M sénatrice. Rapport d'activité pour l'année 2009 au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes et compte rendu des travaux de cette délégation sur le thème « Les femmes dans les lieux de privation de liberté », déposée en application de l'article 6 septies de l'ordonnance n°58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires. 2009 déc;
28. Article R712-85, décret n°98-899 du 19 octobre 1998 du Code de la Santé Publique [Internet]. [cité 2011 déc 11];Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>

29. site officiel périnatalité. Réseaux des maternités. Les maternités Type I - II - III [Internet]. [cité 2011 déc 11]; Available from: <http://www.perinat-france.org>
30. Hyets, Président, Cabanel, rapporteur. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créé en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. 2000 juin;
31. Carlier, Ch., Prade, C., Renneville, M. Brève histoire des prisons de Paris, de la prise de la Bastille à l'ouverture de Fresnes. 2010;
32. Justice / Annuaire et contacts / Bapaume [Internet]. [cité 2011 nov 17]; Available from: <http://www.annuaire.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-lille-10124/bapaume-10714.html>
33. Justice / Annuaire et contacts / Valenciennes [Internet]. [cité 2011 nov 17]; Available from: <http://www.annuaire.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-lille-10124/valenciennes-10717.html>
34. Justice / Annuaire et contacts / Lille Sequedin [Internet]. [cité 2011 nov 23]; Available from: <http://www.annuaire.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-lille-10124/lille-sequedin-10722.html>
35. Carlier, Ch. La maison d'arrêt de Loos. Dans: Histoire pénitentiaire. 2004. p. p.70–105.
36. A. Marais, sous-directeur de la Statistique et des Etudes, Ministère de la Justice et des Libertés. Les chiffres clés de la justice. 2009.
37. Chalandon. Déclaration d'Albin Chalandon, ministre de la Justice, sur le projet de loi sur le service pénitentiaire, à l'Assemblée Nationale le 5 mai 1987 [Internet]. vie-publique. [cité 2011 nov 23]; Available from: [http://www.vie-publique.fr/documents-vp/declaration\\_chalandon.shtml](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/declaration_chalandon.shtml)
38. Assemblée nationale. Texte adopté n° 349 - Projet de loi, adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 3, de la Constitution, par l'Assemblée nationale, pénitentiaire [Internet]. [cité 2011 nov 18]; Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr>
39. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo) [Internet]. 1990 déc; Available from: <http://www2.ohchr.org>
40. Bureau Quaker N-U. Information sur les règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok). Penal Reform International. 2011 févr.;:1–8.

41. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité. Gynécologie Obstétrique et fertilité. 2006;(34):540–63.
42. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Vous êtes enceinte : de 6 mois à la naissance [Internet]. [cité 2011 nov 19];Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-de-6-mois-a-la-naissance/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php>
43. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Vous êtes enceinte : de 0 à 6 mois, le congé maternité [Internet]. [cité 2011 nov 19];Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/>
44. CNGOF. Le déclenchement de l'accouchement. Conférence de Consensus. 1995 nov;
45. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif a la prise en charge sanitaire des personnes détenues. 2004 sept;
46. Ollivier Y, Blot Y, Debernardy B, Noel S, Dalle JP. Mission d'audit de modernisation. Rapport sur le transfert à l'administration pénitentiaire de la mission de garde et d'escorte des détenus hospitalisés. 2007 juill;
47. Haute Autorité de Santé. Rapport: indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO- Campagne 2010- Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. 2011 déc;
48. Ménard L. Maternité en milieu carcéral. Deuxième partie. Les dossiers de l'obstétrique. 2004 oct;(n°331).
49. Ménard L. Maternité en milieu carcéral. Première partie. Les dossiers de l'obstétrique. 2004 sept;(n°330):p3–9.
50. Collet V. Grossesse et maternité en milieu carcéral. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2007.
51. Faibis I. La prise en charge somatique, psychologique et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs bébés à la maison d'arrêt de Fleury-Merogis en 1999. Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes; 2000.
52. Flamand M. La santé des détenus. Etat des lieux national. 2004 mars;
53. Direction générale de la Santé. Carnet de santé Maternité. 2007;
54. arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité » [Internet]. [cité 2011 nov 23];Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr>

55. Bourget D, Grace J, Whitehurst L. A review of maternal and paternal filicide. *Journal of American Academy Psychiatry Law*. 2007;35:74–82.
56. Spinellei M. Maternal infanticides associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161:1548–57.
57. Institut National de la statistique et des données économiques. Population estimée par sexe et par âge au 1er janvier 2009. Région Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. 2011 janv; Available from: [www.insee.fr/fr/themes](http://www.insee.fr/fr/themes)
58. Ministère de la justice. Réponse du gouvernement à l'avis de la CNCDH sur les droits de l'Homme dans la prison, adopté par l'assemblée plénière du 11 mars 2004. 2005 janv;
59. Institut National de la statistique et des études économiques. Naissances, naissances hors mariage en 2010 et taux de natalité en 2008. Région Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. 2011 déc; Available from: [www.insee.fr/fr/theme](http://www.insee.fr/fr/theme)
60. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Haute Autorité de Santé. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) Fiche Etablissement. CHR LILLE. 2010;
61. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Haute Autorité de Santé. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) Fiche Etablissement. CH VALENCIENNES. 2010;
62. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Haute Autorité de Santé. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) Fiche Etablissement. CH ARRAS. 2010;
63. Direction de la recherche des études et de l'évaluation de statistiques, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats*. 2005 mars;(386).
64. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. 2006 mai;
65. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitations des données du Baromètre santé. 2011 juin;
66. Bell J, Zimmerman F, Cawthon M, Huebner C, Ward D, Schroeder C. Jail incarceration and birth outcomes. *J Urban Health*. 2004 déc;81.

67. Howard D., Strobino D, Sherman S, Crum R. Maternal Incarceration During Pregnancy and Infant Birthweight. *Matern Child Health J.* 2011;15:478–86.
68. Howard D., Strobino D, Sherman S, Crum R. Timing of Incarceration During Pregnancy and Birth Outcomes: Exploring Racial Differences. *Matern Child Health J.* (13):457–66.
69. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet.* 2011 mars 12;377:956–65.
70. Martin S, Rieger R, Kupper L, Meyer R, Qaqish B. The effect of incarceration during pregnancy on birth outcomes. *Public Health Reports.* 1997 juill;117.
71. Collège National de Gynécologie Obstétrique Français. Accouchement, délivrance et suites de couches normales. 2006 aout;
72. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère chargé de la santé, l' Assurance Maladie. Grossesse et accueil de l'enfant. La rééducation du post partum. 2010 mai;
73. Bréart G, Puech F, Roze J. Mission périnatalité. Vingt proposition pour une politique périnatale. 2003 sept;
74. Douste-Blazy P. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 nov;
75. Direction générale de la santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final. 2010 mai;
76. Schroeder C, Bell J. Doula birth support for incarcerated pregnant women. *Public Health Nurs.* 2005;22.
77. Clarke JG, Adashi EY. Perinatal care of incarcerated patients. A 25-year-old woman pregnant in jail. *JAMA.* 2011 mars;305(9):923–9.
78. Ministère de la justice et des libertés. Statistiques mensuelles de la population écrouée détenue en France. 2011 déc;

## **8. ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Signification des principaux sigles et  
abréviations utilisés.**

ARS : Agence Régionale de la Santé

CD : Centre de Détention

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales

DISP : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des  
Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JAP : Juge d'Application des Peines

MA : Maison d'Arrêt

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Plan de Préparation à la Naissance et à la Périnatalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SMPR : Service Médico-Psychiatrique Régional

UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Inter régionales

## ANNEXE 2 : Recommandations professionnelles HAS

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 <sup>re</sup> consultation avant 10 SA	2 <sup>e</sup> consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical ( si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> <li>groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières</li> </ul>	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>syphilis</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B</li> </ul>	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> <li>toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent</li> <li>rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> </ul>
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH</li> <li>dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et <math>\beta</math>-hCG libre)</li> </ul> Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> <li>examen cyto bactériologique des urines (ECBU)</li> <li>dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque</li> </ul>	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre
	Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 $\mu$ g/jour Informez sur le suivi de la grossesse	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance

Consultation (Cs)	3° Cs	4° Cs	5° Cs	6° Cs	7° Cs
Mois de gestation	4° mois	5° mois	6° mois	7° mois	8° mois
<b>Examen clinique</b> Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
<b>Évaluation de la présentation fœtale</b>	-	-	-	-	X
<b>Consultation de pré-anesthésie</b>	-	-	-	-	X
<b>Sérologies à prescrire obligatoirement (1)</b>					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2° détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• Hémogramme	-	-	X	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
• 2° échographie (entre 20 et 25 SA)	-	X	-	-	-
• 3° échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
<b>Examens à proposer éventuellement</b> ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

**ANNEXE 3 : Conduite à tenir. Admissions des patientes  
incarcérées à la maternité Jeanne de Flandre en vue de leur  
accouchement.**

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
<p><b>Groupe de travail</b> : D.Subtil, V.Hédouin, A.Bécart, C.Martin, E.Catteau, C.Stévenard, C.Malinowski, M.Marmain, C.Majejan, M.Hemelsdael, E.Lemette, F.Deconinck, L.Lecomble, M.Cuisse, C.Dattignies, D.Duboz, H.Titeca, E.Arsene, V.Houfflin-Debarge, P.Deruelle, A.Hammou, MH Depoortere.</p>	<p>NOM : D.Subtil (Coordonnateur Pôle Obstétrique), E.Catteau, V.Hédouin (PU-PH Secteur soins détenus), A.Bécart, C.Martin.  Visas :</p>	<p>NOM : Secteur soins aux détenus/ Pôle d'Obstétrique  Fonction :  Visa :</p>

**ABBREVIATIONS ET COORDONNEES DES SERVICES**

	Tel	Fax
UHSI : Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (située dans l'enceinte du CHRU de Lille, contre Institut Médecine Légale)	03-20-44-52-49	03-20-44-53-14
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (pour les femmes, uniquement prison de Sequedin)	03-20-30-28-00 poste 2048 (infirmière) ou 2174 (secrétaire)	03-20-30-21-99
HDJ : Hôpital de Jour Obstétrique (Jeanne de Flandre, RDC)	03-20-44-66-31	03-20-44-64-28
PMF : Hospitalisation continue Pathologie Maternelle et Fœtale (Jeanne de Flandre, 1 <sup>e</sup> étage)	03-20-44-67-59	03-20-44-46-75

## BUT DE LA PRISE EN CHARGE

- ⤴ Dépistage précoce de comportements à risque materno-foetaux
- ⤴ Prévention médico-psycho-sociale centrée autour de la grossesse
- ⤴ Optimiser les conditions d'accouchement des femmes enceintes incarcérées
- ⤴ Éviter autant que faire se peut les accouchements en cellule carcérale
- ⤴ En proposant un déclenchement vers 39 SA précédé ou non d'un séjour à l'UHSI à 38 SA

## REMARQUES CONCERNANT LE DOSSIER OBSTETRICAL PARTAGE

- ⤴ Chaque femme enceinte incarcérée peut bénéficier de **consultations prénatales en milieu carcéral** (assurées par le Dr MARTIN).
- ⤴ Les transmissions urgentes peuvent se faire par téléphone ou fax (cf coordonnées ci-dessus)
- ⤴ La partie intérieure du dossier obstétrical (dossier blanc) est ouverte lors de la première consultation à l'unité de consultation et de soins ambulatoire de Sequedin (UCSA) par le Dr MARTIN.
- ⤴ La pochette bleue est ouverte lors de la première échographie ou du premier HdJ, par l'interne ou les sages femmes d'HdJ, et est identifiée et classée en consultation prénatales (CPN) à l'hôpital Jeanne de Flandre.
- ⤴ Après chaque consultation, la **partie intérieure de son dossier obstétrical** doit être remise à la patiente, ainsi que le double de ses résultats, les originaux restant dans la pochette bleue. (faxer les résultats à l'UCSA s'ils reviennent après la sortie de la patiente)

- ⤴ La conduite à tenir doit être inscrite sur la feuille d'hospitalisation de couleur rose en HdJ, jaune en pathologie materno-foetale; ***une synthèse doit être recopiée à la page des consultations prénatales du dossier détenu par la patiente (pages 4 et 5).***
- ⤴ ***Attention, pour des raisons de sécurité, aucune date ni heure d'un prochain rendez-vous ne doivent apparaître sur les documents qui lui sont remis.*** Cette date est discutée par téléphone avec le secrétariat de Sequedin.

## LE SUIVI DE GROSSESSE

- ⤴ Le suivi de grossesse est assuré en partenariat avec le Dr MARTIN qui réalise les consultations prénatales mensuelles en milieu carcéral. Le dossier blanc est confié à la patiente.
- ⤴ Une échographie de datation tardive peut être réalisée en soins externes, par l'interne, dans le service d'hôpital de jour.
- ⤴ L'échographie du deuxième trimestre (22SA) est effectuée à Jeanne de Flandre dans le service d'hôpital de jour :
  - ***En hospitalisation de jour si la patiente présente des ATCD d'addiction.***
  - ***En soins externes (entre 14 et 17h00) en l'absence d'ATCD de ce type.***
- ⤴ L'hospitalisation de jour à 22SA (pour les patientes addictives) permet :
  - une consultation d'addictologie
  - une consultation pédiatrique (Dr Depoortere)
  - une consultation avec le Dr Hammou

- un entretien avec l'assistante sociale de permanence de Jeanne de Flandre
- +/- une consultation psychiatrique si nécessaire
- ***afin d'anticiper les risques maternels et fœtaux liés à ces addictions.***
- Les examens cliniques, biologiques et échographiques sont réalisés au cours de cette hospitalisation.

▲ Une hospitalisation de jour est programmée à 32SA pour l'ensemble des patientes incarcérées :

- réalisation de l'échographie du troisième trimestre
- examens cliniques et biologiques
- consultation d'anesthésie
- entretien avec l'assistante sociale
- +/- consultation pédiatrique avec le Dr Depoortere
- +/- consultation avec le Dr Hammou

▲ La consultation du 9ème mois (37SA) est effectuée par le Dr MARTIN à Sequedin ou en hôpital de jour si cela est nécessaire (contrôle échographique).

▲ En cours de grossesse, un ***document d'information en vue d'un déclenchement à 39 SA*** est proposé par le Dr MARTIN à l'UCSA. (protocole joint à ce document).

⤴ Les hospitalisations de jour sont organisées comme suit :

- RDV pris par la secrétaire de la maison d'arrêt.
- Patiente s'y rendant sous escorte policière avec son dossier blanc
- Ouverture de la pochette bleue dès la première échographie ou HdJ à Jeanne de Flandre.
- La date du prochain RDV n'est pas communiquée à la patiente
- Si une HdJ est programmée à 22SA, en avertir le Dr Hammou et le Dr Depoortere auparavant (également à 32SA si nécessaire).

⤴ En cas de problème au cours de la grossesse, la patiente est adressée de l'UCSA aux urgences de Jeanne de Flandre.

## LA PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT

⤴ **Si la patiente accepte le protocole :**

***Le document d'information et de consentement*** est placé par les médecins de l'UCSA dans ***la partie intérieure du dossier obstétrical (le mieux est de l'y scotcher entre les pages 2 et 3)***, (un double est gardé à la prison de Sequedin)

- à 38 SA, transfert à l'UHSI. Si nécessaire, possibilité d'une consultation du 9<sup>e</sup> mois à Jeanne de Flandre avec retour à l'UHSI (en HDJ)
- à 39 SA, éventuel déclenchement sur décision des obstétriciens (hospitalisation en service de Pathologie Maternelle et Fœtale)

⤴ **Si la patiente refuse le transfert à l'UHSI à 38 SA**

- transfert direct de Sequedin à Jeanne de Flandre à 39 SA pour décision de déclenchement avec les obstétriciens (en hospitalisation

continue en PMF la veille en fin d'AM). Si le col est défavorable et que les prostaglandines ne peuvent être utilisées (balance bénéfices/risques), la patiente est réorientée préférentiellement vers l'UHSI.

**▲ Si la patiente refuse le déclenchement à 39 SA**

- ce refus est notifié dans la partie intérieure du dossier obstétrical
- transfert à 41 SA en HDJ pour visite de terme
- application du protocole « Terme dépassé » de l'Hôpital Jeanne de Flandre : soit déclenchement, soit retour à l'UHSI
- Si retour à l'UHSI, RDV en Hôpital de Jour de JDF toutes les 48 heures pour le suivi post-terme. (En semaine : prendre RDV préalable en HDJ ; week-end : prendre RV en Pathologie Maternelle et Foetale).

**EN PRATIQUE, A RETENIR POUR L'UHSI**

**▲ Patiente ayant accepté le protocole**

- accueil à 38 SA
- transfert à Jeanne de Flandre à 39 SA pour éventuel déclenchement sur décision des obstétriciens
- appeler le service de Pathologie Maternelle et Foetale (PMF):
  - Sages femmes 31021
  - Madame CATTEAU 31053
- après l'accouchement, séjour de 3 jours minimum en Maternité puis retour à l'UHSI sur accord médical (puis retour à Sequedin).

**▲ Patiente ayant refusé le protocole**

- transfert à 41 SA de l'UCSA vers JDF ou l'UHSI
- application du protocole habituel
  - RDV en Hôpital de Jour de Jeanne de Flandre toutes les 48 heures

- Hospitalisation à T + 4
- Déclenchement à T + 5
- après l'accouchement, séjour de 3 jours minimum en Maternité puis retour à l'UHSI sur accord médical (puis retour à Sequedin).

**▲ Dans tous les cas, prévenir l'UCSA de la naissance et du retour maman – enfant.**

### **EN PRATIQUE À JEANNE DE FLANDRE POUR HOSPITALISATION A 39 SA**

- ▲ Arrivée de la patiente au niveau -1 (Accueil Urgences)
- ▲ S'arrêter au guichet administratif
- ▲ Monter directement en HDJ ou en PMF par les ascenseurs « monte malades » (niveau 0 ou bien niveau +1)
- ▲ La PMF prévient :
  - le bloc : Sages-Femmes (37517), Mme HERNOUT (31155)
  - l'équipe maternité – suite de couches : Mme COMERE (31143) Mme JONGHMANS (31145)

## **ANNEXE 4 : Fiche d'information et de consentement des patientes**

**acceptant le protocole.**

### **FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Votre médecin vous a proposé que votre accouchement soit déclenché artificiellement. Ce document a pour but de compléter les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels du déclenchement qui vous a été proposé.

#### **QU'EST-CE QU'UN DECLENCHEMENT ?**

Le déclenchement consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail (c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement). Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, on appelle cela (selon les équipes) un déclenchement "de convenance" ou "de principe" ou encore un "accouchement programmé".

Cette technique présente l'avantage de permettre un accouchement sans précipitation à la maternité. Il n'existe pas à ce jour d'autre bénéfice médical démontré. La décision définitive de déclenchement sera prise par un gynécologue-obstétricien.

#### **COMMENT SE PASSE UN DECLENCHEMENT ?**

Les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse à terme (d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi passés) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert). Ainsi, si le col est « favorable », la méthode de déclenchement la plus répandue comporte une perfusion d'ocytocine (le Syntocinon®), produit qui provoque des contractions, associée à une rupture artificielle de la poche des eaux. En l'absence de contre-indication, une analgésie péridurale est généralement proposée.

Lorsque le col est « favorable », l'évolution du travail (durée, douleur, éventualité d'une césarienne, état de l'enfant à la naissance) n'est pas différente de celle d'un accouchement qui se déclenche spontanément.

Si le col n'est pas favorable, le déclenchement est possible – compte tenu de ses avantages – et les équipes d'obstétrique utilisent des prostaglandines (gel, dispositif intra-vaginal). Celles-ci mûrissent progressivement le col. Cette pratique nécessite une hospitalisation avant l'accouchement qui peut durer de 1 à 4 jours en moyenne.

#### **EN PRATIQUE**

Vous serez admise à la maternité soit la veille au soir, soit le matin même du déclenchement, dans ce dernier cas, vous devrez vous présenter à jeun, (sans avoir mangé ni bu à partir de minuit).

Vous pourrez arriver directement de Sequefin ou venir de l'UHSI (Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale). Il vous est en effet possible, si vous craignez d'accoucher un peu avant, d'être hospitalisée à 38 semaines d'aménorrhée à l'UHSI afin de vous rapprocher de l'hôpital mère-enfant (c'est-à-dire une semaine avant le déclenchement prévu, car certaines patientes accouchent spontanément à partir de cette période).

*Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme qui vous suit toutes les questions que vous souhaitez.*

Ma signature ci-dessous indique que j'ai lu les informations sur le déclenchement d'accouchement, que j'en ai discuté avec mon médecin et/ou avec un des membres de son équipe. J'ai lu et compris cette fiche d'information. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que je posais. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir avant de prendre ma décision. Je peux à tout moment changer d'avis et retirer mon accord (aucun inconvénient pour mon suivi médical ne découlera de cette décision).

- Je suis d'accord pour être hospitalisée à l'UHSI.
- Je suis d'accord pour que mon accouchement soit déclenché.

Fait le :

Signature de la patiente :

## ***ANNEXE 5 : Questionnaire des recueils***

### **RECUEIL PARTURIENTE**

#### **Recueil de données personnelles :**

N° de dossier d'archivage:

Date de naissance :

Début d'incarcération :

Fin d'incarcération :

Lieu d'incarcération :

ATCD personnels:

ATCD gynéco-obstétricaux :

Gestité :      Parité :

Toxiques :

Tabac :

Alcool :

Autre :

Traitements de substitution :

## Histoire de la grossesse :

Début de grossesse :

Terme prévu :

			Lieu du suivi			Quel acteur de santé ?	
	OUI	NON	Jeanne de Flandre	Lieu de détention	Autre	Médecin	Sage-Femme
Consultation du 3 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 4 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 5 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 6 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 7 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 8 <sup>ème</sup> mois							
Consultation du 9 <sup>ème</sup> mois							
Echo T1 - HT21							
Echo T2							
Echo T3							
Sérologie syphilis							
Sérologie rubéole							
Sérologie toxoplasmose							
Groupe sanguin et RAI							
Bilan du 6 <sup>ème</sup> mois (AgHBs,NFS, diabète)							
Glycosurie et albuminurie							
Préparation a l'accouchement							
Strepto B							
Consultation post terme							

## Y a t il eu des consultations complémentaires ?

- lesquels ?:
- ou ?
- pourquoi ?

## Accouchement :

- terme :
- déclenchement : proposé :  
réalisé :
- durée d'hospitalisation :
  - o avant l'accouchement : où :
  - o après l'accouchement : où :
- lieu d'accouchement:

## Post-Partum :

- allaitement :
  - type :
  - durée :
- substitution :
- contraception :  
proposée                      prescrite                      appliquée
- rééducation périnatale :  
proposée                      prescrite                      appliquée

**ANNEXE 6 : Guide des entretiens du personnel des UCSA en charge des femmes enceintes incarcérées:**

- 1- Qui sont les acteurs du suivi obstétrical durant la détention et à quel rythme réalise-t-il les consultations?
  - Médecin généraliste de l'UCSA :
  - Gynécologue-obstétricien affilié à l'établissement pénitentiaire :
  - Sage-femme affiliée à l'établissement pénitentiaire
  - Infirmier(e)s
  - Equipe pédiatrique
  - Equipe de la maternité :
  
- 2- Un bilan sanguin avec un dosage des bétaHCG, est-il réalisé chez les détenues ?
  
- 3- Ou sont réalisés les examens complémentaires obligatoires du suivi de grossesse ?
  
- 4- Qui réalise la déclaration de grossesse ?
  
- 5- Existe-t-il des cellules spécifiques pour les femmes enceintes ?

- 6- Existe-t-il un régime particulier pour les femmes enceintes ou allaitantes ?
- 7- Existe-t-il des cellules mère-enfant ?
- 8- Existe-t-il une nurserie ?
- 9- Est-il possible pour les femmes enceintes de bénéficier de cours de préparation à l'accouchement si elles le souhaitent ? Si oui, dans quel établissement se déroulent ces cours ?
- 10- Quel professionnel de santé propose le protocole de déclenchement avec les femmes enceintes ?
- 11- L'accouchement est-il réalisé en présence des gardes de l'administration pénitentiaire ?
- 12- Existe-t-il une chambre sécurisée à la maternité ?
- 13- Qui réalise la consultation du post-partum et la question de la contraception ?
- 14- Les détenus peuvent-elles bénéficier d'une rééducation post natale ?

**Auteur :** Molin Priscil

**Date de soutenance :** Jeudi 5 janvier 2012

**Titre de la thèse :** La prise en charge des femmes enceintes incarcérées dans la région Nord-Pas-de-Calais. Etude rétrospective de 2007 à 2010.

**Thèse de médecine,** Université de Lille 2, 2012

**Cadre de classement :** Médecine générale

**Mots-clés :** Médecine légale et pénitentiaire, femmes enceintes, prise en charge d'une grossesse, protocole d'accouchement.

**Résumé :**

Les femmes incarcérées représentent une minorité de la population carcérale française, avec un effectif de 2 093 détenues en 2009. La grossesse est événement présent dans les prisons françaises mais reste peu étudié. Nous nous sommes intéressés à ces femmes détenues incarcérées enceintes. L'objectif principal était l'étude de la prise en charge de ces femmes. Secondairement, nous avons analysé l'encadrement des accouchements.

Une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique couvrant la période de 2007 à 2010 a été menée au sein de la Maison d'Arrêt de Sequedin, la Maison d'Arrêt de Valenciennes et le Centre de Détention de Bapaume. Les femmes incarcérées ayant accouché entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011 étaient incluses. Un questionnaire reprenant les recommandations de la Haute Autorité de Santé était appliqué de manière anonyme, par nos soins, à chacun des dossiers. Une analyse descriptive des données extraites était réalisée à l'aide du logiciel Excel. Le CNIL a été informé.

Nous avons inclus 18 patientes. L'âge moyen était de 29 ans et une addiction était présente chez 61% de notre population (n=11). 51% des femmes enceintes avaient un suivi conforme à l'HAS (n=9). Pour l'accouchement, toutes nos patientes étaient informées du protocole de déclenchement et de l'hospitalisation préventive à l'UHSI. Parmi elles, 39% avaient bénéficié du déclenchement (n=7).

La prise en charge des femmes enceintes apparaît adaptée mais semble incomplète dans les lieux d'incarcération étudiés. Le protocole d'accouchement est accepté par les femmes et les équipes. L'une des perspectives d'amélioration de la prise en charge de cette population pourrait être une extension de ce protocole aux autres lieux de détention.

**Composition du jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Damien Subtil

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Valéry Hédouin, Monsieur le Professeur Christophe Berkhout, Madame le Docteur Anne Bécart, Monsieur le Docteur Patrick Mauriaucourt.