



HAL
open science

Impact de l'incarcération sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes incarcérées à Marseille Étude quantitative, descriptive et rétrospective

Salomé Pochat

► **To cite this version:**

Salomé Pochat. Impact de l'incarcération sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes incarcérées à Marseille Étude quantitative, descriptive et rétrospective. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01636127

HAL Id: dumas-01636127

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01636127v1>

Submitted on 16 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPACT DE L'INCARCÉRATION SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL DES FEMMES INCARCÉRÉES À MARSEILLE

Etude quantitative, descriptive et rétrospective

Pochat Salomé

**Née le 23/11/1994
à Aix en Provence**

**Mémoire présenté et publiquement soutenu
pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
le 28 avril 2017**

Année universitaire 2016-2017

Jury

**Directeur de mémoire : Zakarian Carole, directrice de l'EU3M
Balzing Marie-Pierre, sage-femme enseignante
Sunyach Claire, sage-femme**

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Université Aix Marseille

**IMPACT DE L'INCARCÉRATION SUR
LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET
OBSTÉTRICAL DES FEMMES
INCARCÉRÉES À MARSEILLE**
Etude quantitative, descriptive et rétrospective

Pochat Salomé

Née le 23/11/1994
à Aix en Provence

**Mémoire présenté et publiquement soutenu
pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
le 28 avril 2017**

Année universitaire 2016-2017

Validation 1^{ère} session 2017 : oui non

Mention : Félicitations du Jury
Très bien
Bien
Assez bien
Passable

Validation 2^{ème} session 2017 : oui non

**IMPACT DE L'INCARCÉRATION SUR LE SUIVI
GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL DES
FEMMES INCARCÉRÉES À MARSEILLE**

Remerciements

Je remercie,

Carole Zakarian d'avoir dirigé ce mémoire

L'ensemble des professeurs de l'EU3M

Mes amies

Mes parents pour tout leur soutien et leur investissement.

Sommaire

Introduction	p. 1 à 4
Matériel et méthode	p. 5 à 6
Résultats	p. 7 à 19
Analyse et discussion	p. 20 à 27
Biais et limites	p. 20
Etat des lieux	p. 20 à 21
Impact de l'incarcération sur le recours aux soins et le suivi	p. 21 à 27
Conclusion	p. 28
Bibliographie	
Annexes	
Glossaire	

Introduction

La prison est un monde particulier et méconnu de beaucoup d'entre nous. En France métropolitaine, il y a 187 établissements pénitentiaires et, au 1^{er} janvier 2016, 76 601 personnes sont écrouées dont 66 678 détenues.

Au 1^{er} janvier 2016, 2 650 femmes sont écrouées soit 3,5% de la population carcérale. Les femmes incarcérées représentent donc une partie minoritaire de cette population mais elles sont soumises aux mêmes droits et devoirs que les hommes (Ministère de la Justice, 2016). Elles vivent dans des établissements pénitentiaires distincts de ceux des hommes, en fonction de leur régime de détention (prévenue* ou condamnée*), où elles n'ont aucun contact avec ceux-ci¹. Le personnel pénitentiaire est également composé uniquement de femmes². Elles sont en majorité incarcérées pour des délits dits mineurs comme les vols ou les fraudes (Ashdown et James, 2010).

Les femmes vivent en général plus mal l'incarcération que les hommes (Huet, 2009). L'atteinte à l'intimité physique et psychique liée à l'incarcération est ressentie plus profondément par les femmes. Les manifestations somatiques de leur mal être sont fréquentes et leur santé psychique se dégrade ce qui augmente leurs besoins et leurs recours aux soins. De plus, elles ont des besoins qui leurs sont spécifiques liés à la santé gènesique* (Ashdown et James, 2010) : articles d'hygiène tels que les serviettes hygiéniques et leurs moyens d'élimination sans risque de contamination, prise en charge des conséquences physiques et psychiques liées à la ménopause, soins pré et post natalis...

Bien que la prison serve à priver les détenus de leur liberté, le bon sens voudrait qu'elle ne les prive pas de leurs autres droits et devoirs de citoyens. Ainsi, toute personne détenue doit pouvoir prendre en charge sa santé et avoir recours aux soins comme les autres citoyens. De nombreuses lois ont donc été écrites afin de garantir cet accès aux soins et d'en établir le cadre réglementaire. Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire n'est plus sous la responsabilité du Ministère de la Justice mais sous celle du Ministère de la Santé. Les personnes incarcérées qui n'ont pas de protection sociale sont affiliées aux assurances maladie et maternité du régime général dès le premier jour de leur incarcération³. Les établissements pénitentiaires sont associés à des établissements de santé publics de proximité disposant des plateaux techniques appropriés et sont créés au sein des établissements pénitentiaires des unités fonctionnelles appelées « Unité de consultations et de soins ambulatoires » (UCSA) où sont dispensés les soins aux personnes incarcérées⁴.

*Tous les mots suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

¹Article D248 du Code de Procédure Pénale, alinéa 1

²Article D222 du Code de Procédure Pénale

³Article L381-30 du Code de Sécurité Sociale

⁴Décret d'application n°94-929 du 27 octobre 1994 de la loi du 18 janvier 1994

La loi de janvier 1994 modifie également le Code de Santé Publique en ajoutant aux missions du service publique hospitalier les soins et examens diagnostiques aux personnes détenues, en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier lorsque cela s'avère nécessaire⁵.

La loi Pénitentiaire de novembre 2009 rappelle et réaffirme que la prévention, l'éducation, la qualité et la continuité des soins aux personnes détenues doivent être identiques à celles garanties à l'ensemble de la population⁶. Les personnes détenues ont également droit au respect du secret médical pour toutes les informations les concernant⁷.

Les règles concernant l'organisation sanitaire à proprement parler sont inscrites dans un guide méthodologique dont la troisième et dernière mise à jour a été réalisée en 2012. Ce guide méthodologique comporte 4 documents cadres dont un modèle de protocole unique au niveau national. Il mentionne l'obligation de réaliser une consultation médicale dans les 24 heures qui suivent l'entrée en détention pour toute personne arrivant de liberté⁸. Cette consultation est la seule consultation obligatoire pour toute la durée de l'incarcération mais elle peut ne pas avoir lieu si elle est explicitement refusée. Elle n'est pas obligatoire en cas de transfert entre établissements cependant elle est souvent réalisée afin d'assurer la continuité des soins (Guérin, 2003). Elle permet de réaliser un premier bilan de santé et de proposer les dépistages et les consultations nécessaires à une prise en charge adaptée. Une consultation médicale sur le même schéma est également proposée à tous dans le mois précédant la libération⁹. Les consultations qui ont lieu pendant la période d'incarcération sont faites à la demande des personnes détenues, du personnel pénitentiaire ou du personnel médical. Les personnes détenues en font la demande par l'intermédiaire de messages écrits déposés dans une boîte aux lettres dont seul le personnel soignant a la clé. Mais pour les personnes ne sachant pas écrire les demandes de consultations doivent passer par oral au personnel pénitentiaire, ce qui constitue une atteinte inévitable au secret médical. En effet, le secret médical doit être tenu vis à vis du personnel pénitentiaire même s'il est lui-même soumis au secret professionnel¹⁰.

Le guide méthodologique précise également les conditions de transfert entre établissement pénitentiaire et établissement public de santé. La date et l'heure des consultations extérieures sont maintenues secrètes et c'est le chef de l'établissement pénitentiaire qui décide de l'escorte, de l'utilisation des menottes ou non et du niveau de surveillance pendant la consultation. Quel que soit le niveau de surveillance choisi, le chef d'établissement doit veiller au respect du secret médical.

⁵ Article L6112-1 du Code de Santé Publique

⁶ Article 46 de la loi n°2009-1436 de novembre 2009

⁷ Article 45 de la loi n°2009-1436 de novembre 2009

⁸ Article D381 du Code de Procédure Pénale

⁹ Article 53 de la loi n°2009-1436 de novembre 2009

¹⁰ Article 226-13 et 226-14 du Code de Procédure Pénale

Enfin, le plan d'actions stratégiques de 2010-2014 élaboré par le Ministère de la santé et des sports et le Ministère de la justice et des libertés pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice a, entre autres, pour but d'améliorer le dépistage des personnes détenues. A cet effet, doit être proposé de façon systématique, lors de la consultation médicale d'entrée, le dépistage du VIH, des hépatites B et C et des infections sexuellement transmissibles (IST). Cette proposition doit être renouvelée tous les ans ou en cas de situations à risque. Pour les femmes il apparaît important de proposer également le dépistage des chlamydiae et du papilloma virus (HPV) ainsi que veiller à l'existence d'un suivi gynécologique régulier. Le plan d'action met également en avant la nécessité d'améliorer le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

En ce qui concerne la situation particulière des femmes enceintes en prison, le raisonnement reste le même. Le suivi de la grossesse doit être régulier et adapté, identique à celui possible en milieu ouvert. L'établissement pénitentiaire signe un protocole de santé avec un établissement public hospitalier de proximité et l'accouchement se déroule en maternité de niveau adapté à la prise en charge de la mère et de l'enfant selon la situation clinique¹¹. Pendant l'accouchement, la parturiente ne doit en aucun cas être menottée et les surveillantes doivent rester à l'extérieur de la salle d'accouchement. Il en est de même pour la chambre en service de suite de couche¹². De plus, à partir du 3^{ème} trimestre de la grossesse et tout le temps où l'enfant reste avec sa mère, les femmes doivent bénéficier de conditions de détention appropriées¹³. Elles sont installées dans des quartiers spéciaux appelés « nursery » où les cellules doivent répondre à un certain nombre de conditions garantissant sécurité et confort : superficie plus importante qu'une cellule classique, espace mère-enfant distinct, cours ou jardin séparés des autres détenues... (Delarue, 2013) Les femmes peuvent garder leur enfant auprès d'elle jusqu'aux 18 mois de celui-ci¹⁴. Peu d'études ont été menées sur le sujet, mais il ne semble pas que l'incidence des pathologies gravidiques soient plus élevées en milieu pénitentiaire (Le Pomellec, 2014), cependant ces grossesses peuvent être considérées comme à risque sur bien d'autres motifs : prévalence augmentée des pathologies pré-existantes (VIH, hépatites), facteurs psychologiques liés à l'enfermement et à l'isolement...

Malgré un cadre réglementaire et législatif bien défini, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire sont loin d'être optimales et constituent une priorité de santé publique. Cependant, en France, seules 4 études transversales nationales ponctuelles ont été menées sur la santé des personnes à l'entrée en détention (DRESS-entrant en 2003) ou sur des thématiques spécifiques comme les maladies infectieuses (Prévacar en 2010), les déficiences (HID-Prison en 2001) ou la santé mentale (Cemka-éval en 2004). Hormis l'étude Prévacar en 2010, elles datent toutes de plus de 10 ans.

¹¹Article D400 du Code de Procédure Pénale

¹²Circulaire de l'administration pénitentiaire du 10 février 2004

¹³Article D400-1 du Code de Procédure Pénale

¹⁴Article D401 du Code de Procédure Pénale

De plus, aucune étude n'a traité du thème de la santé des femmes en particulier ou de la gynécologie et de l'obstétrique. Pourtant, bien que tabou l'existence d'une sexualité en détention ne fait pas de doute (Delarue, 2014). Elle semble proscrite ou a fortiori limitée par la privation de liberté mais aucun texte de loi ne l'interdit officiellement (Bebin, 2013). La sexualité en détention est donc possible et même reconnue par l'administration pénitentiaire qui a créé les parloirs familiaux et les unités de vie familiale où aucun contrôle des rapports sexuels n'est effectué (Haut Conseil de Santé Publique, 2016). La réalité de cette sexualité témoigne à nouveau de l'importance de la réalisation des dépistages et d'une prise en charge gynécologique et obstétricale adaptée.

Ainsi, une étude a été menée avec pour question de recherche :

« Quel est l'impact de l'incarcération et de l'accès aux soins facilité sur les suivis gynécologique et obstétrical des femmes incarcérées à la maison d'arrêt des Baumettes ? »

Les objectifs principaux de la recherche sont :

- Dresser un état des lieux des conditions de suivi gynécologique et obstétrical
- Dans une population issue pour la majorité de milieux précaires, définir si l'accès aux soins facilité en milieu pénitentiaire favorise les initiatives de prise en charge des patientes

Matériel et méthode

Cette étude était une étude quantitative, descriptive et mono-centrique (Maison d'arrêt* des femmes (MAF) des Baumettes, Marseille) avec un recueil rétrospectif des données à partir de dossiers médicaux.

Les objectifs étaient de dresser un état des lieux des conditions de suivi gynécologique et obstétrical des femmes incarcérées aux Baumettes ainsi que de définir si dans cette population, issue pour la majorité de milieux précaires, la facilité d'accès aux soins en milieu pénitentiaire favorisait les initiatives de prise en charge des patientes.

La population à l'étude était définie par les femmes incarcérées à la MAF des Baumettes, quel que soit leur statut judiciaire (prévenue, condamnée ou en attente d'une comparution immédiate*).

Ont été incluses dans l'étude l'ensemble des femmes entrées en détention à la MAF entre le 01 janvier 2015 et le 30 juin 2016 inclus. N'ont pas été incluses les femmes déjà présentes en détention entre le 01 janvier 2015 et le 30 juin 2016 inclus. La file active* n'a donc pas été prise en compte mais uniquement les femmes entrantes.

Ont été exclues de l'étude les femmes libérées ou transférées avant le début du recueil des données dont les dossiers médicaux n'étaient pas disponibles à l'UCSA de la MAF.

L'étude s'est déroulée au sein de l'UCSA de la MAF des Baumettes, à partir des dossiers médicaux. Le recueil des données a été effectué entre juillet 2016 et novembre 2016.

Les variables à mesurer étaient des variables à la fois quantitatives et qualitatives qui peuvent être répertoriées en 7 grands axes :

- Les données sociodémographiques qui comprenaient l'âge, le niveau scolaire, la profession et la nationalité.
- Les données relatives aux addictions, sur la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, et de drogues par voie nasale ou veineuse.
- Les données se rapportant au statut judiciaire des femmes, à leur passé carcéral, à leur date d'incarcération ainsi qu'à leur éventuel transfert à partir d'un autre établissement pénitentiaire.
- Les données d'ordre médical relatives à leur médecin traitant, leur suivi gynécologique (frottis cervico-utérin (FCU), mammographie, vaccins), leur contraception, leur gestité, leur parité, leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux...
- Les données relatives aux dépistages et aux consultations proposés et réalisés à leur entrée en détention : dépistage des IST, FCU, consultation gynécologique.
- Les données relatives à leur histoire pendant leur incarcération jusqu'au jour du recueil des données : ensemble des consultations paramédicales et médicales réalisées, leurs motifs et les prises en charge.
- Pour finir, le cas échéant, les données relatives à la grossesse : découverte de celle-ci, consultations de suivi, préparation à la naissance et à la parentalité, accouchement, post partum et garde de l'enfant.

L'ensemble de ces données étaient récoltées en amont par les professionnels de santé travaillant à l'UCSA par interrogatoire des patientes et lors des consultations, puis recueillies à partir des dossiers médicaux.

Les données pour cette étude ont été recueillies dans une grille de recueil de données (*Annexe I*). La grille a semblé être un outil adapté pour une étude rétrospective sur dossiers médicaux, permettant de récolter les données sur l'état de santé à l'entrée et tout au long de la détention des femmes incarcérées incluses, ainsi que sur les différents actes, consultations, examens et prises en charge réalisés et consignés dans les dossiers médicaux. Cette grille comportait 37 items pouvant être classés selon 7 grands axes correspondant aux variables quantitatives et qualitatives précédemment exposées.

La collecte des données a été possible par demande d'une autorisation d'entrée au sein de la MAF des Baumettes transmise par e-mail à la responsable du service de médecine pénitentiaire de l'AP-HM. L'entrée dans la MAF a nécessité l'enregistrement de la carte nationale d'identité et d'un justificatif de domicile dans un fichier d'autorisations d'entrée. La présentation de la carte nationale d'identité était nécessaire à chaque nouveau passage. Le recueil des données a par la suite nécessité plusieurs déplacements aux Baumettes et plus précisément à l'UCSA de la MAF. Il s'est fait de façon manuscrite grâce à la grille de recueil et à partir des dossiers rangés dans un des bureaux médicaux de l'UCSA. Ensuite les données recueillies ont été retranscrites de manière anonyme sur une base de données à l'aide d'un tableur sur Microsoft® Excel 2016.

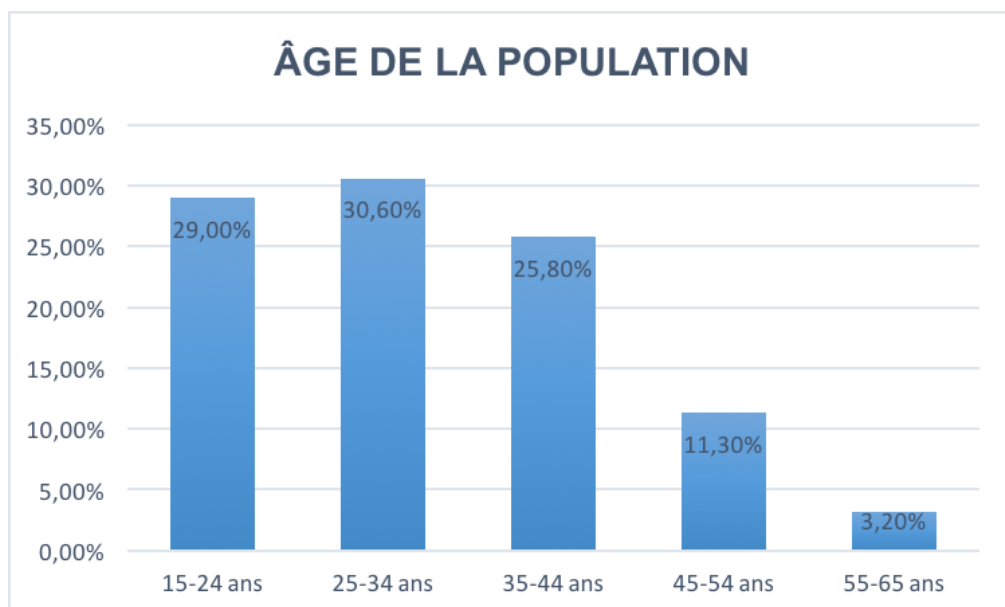
Une analyse descriptive des données a été réalisée. Les moyennes et écarts types ont été calculés pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Une analyse statistique utilisant le test de Fisher grâce au logiciel informatique PSPP a permis de comparer les indicateurs de suivi gynécologique chez les femmes en fonction de leur passé carcéral. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 et le risque alpha à 5%.

Résultats

Ont été incluses dans cette étude les femmes incarcérées entre le 01 janvier 2015 et le 30 juin 2016. Ont été exclues : celles qui sont arrivées à la fin de leur peine avant le début du recueil des données et dont les dossiers médicaux n'étaient plus disponibles à l'UCSA des Baumettes, ainsi que celles ayant été transférées dans un autre établissement pénitentiaire et dont les dossiers médicaux ont été transférés avec elles.

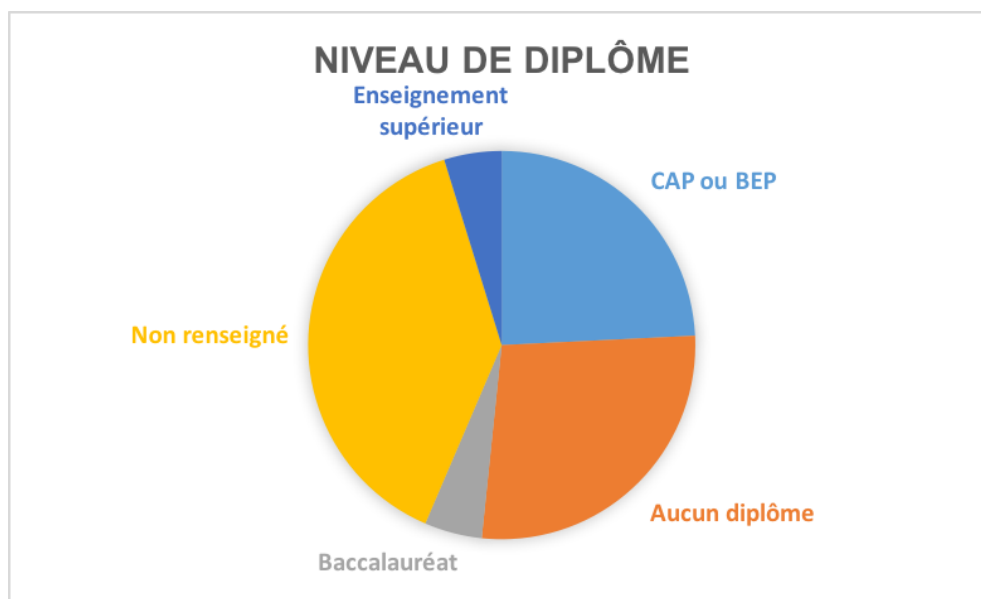
Plus de la moitié des femmes incluses dans l'étude avaient moins de 35 ans. L'âge moyen de la population était de 32,6 ans ($\pm 11,26$) (schéma 1).

Schéma 1 : Répartition des femmes incarcérées par groupe d'âge (n=62)



24,2% des femmes incluses dans l'étude étaient titulaires d'un CAP ou d'un BEP, 27,4% avaient arrêté leurs études au collège ou au lycée, 8,1% étaient détentrices du Baccalauréat. Pour 38,7% d'entre elles, il n'était pas retrouvé d'information sur leur niveau d'étude (schéma 2).

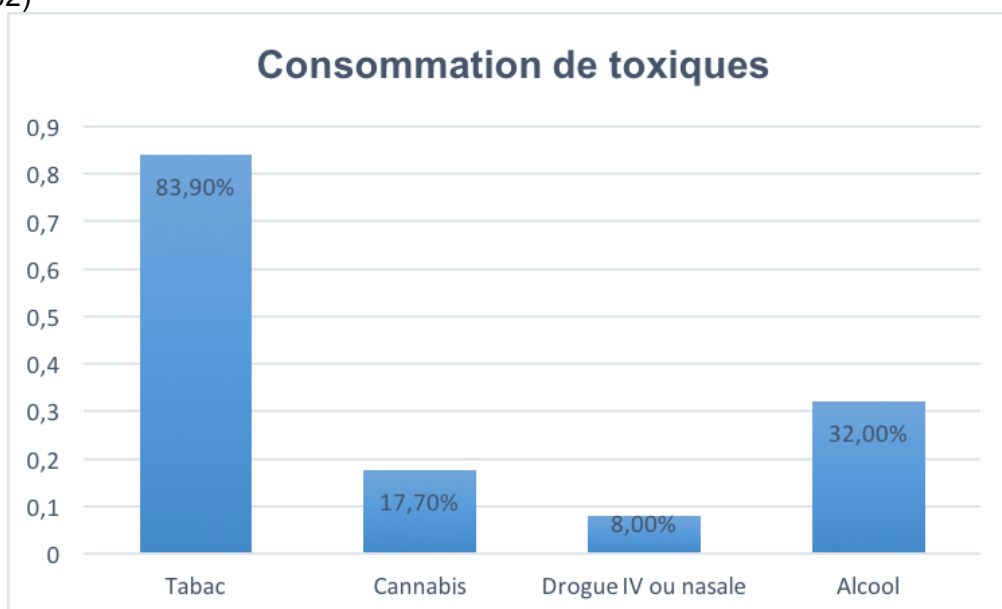
Schéma 2 : Répartition des femmes incarcérées selon leur niveau de diplôme (n=62)



De plus, 79% d'entre elles n'avaient pas d'activité professionnelle à leur entrée en détention et 33,9% d'entre elles étaient de nationalité étrangère.

Parmi les femmes incluses dans l'étude, les consommatrices de tabac étaient largement prédominantes (schéma 3).

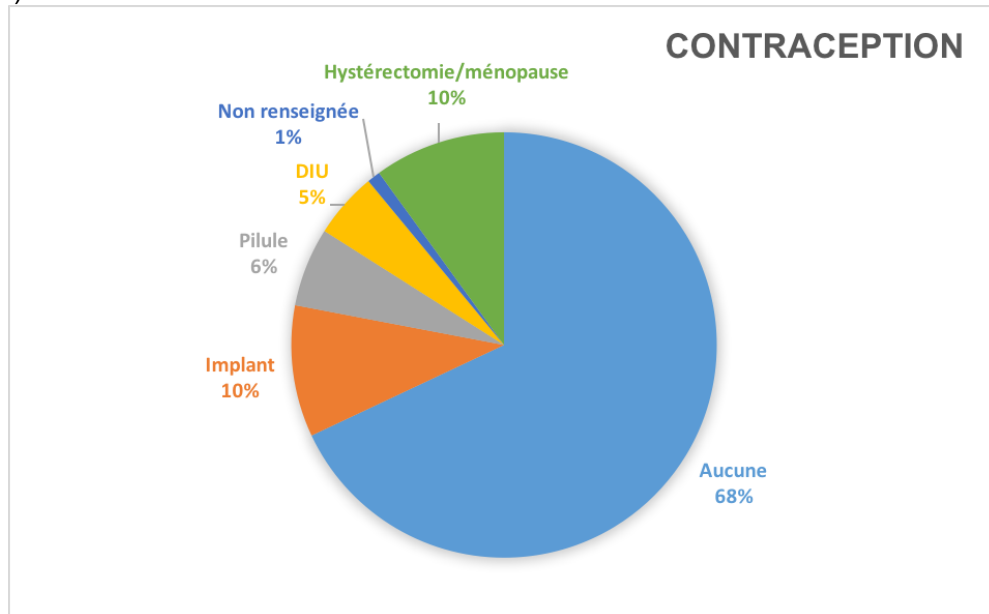
Schéma 3 : Proportion de consommatrices de toxiques parmi les femmes incarcérées (n=62)



A noter que la consommation d'alcool, de cannabis et/ou de drogues par voie nasale ou veineuse est de façon quasi systématique associée à la consommation de tabac.

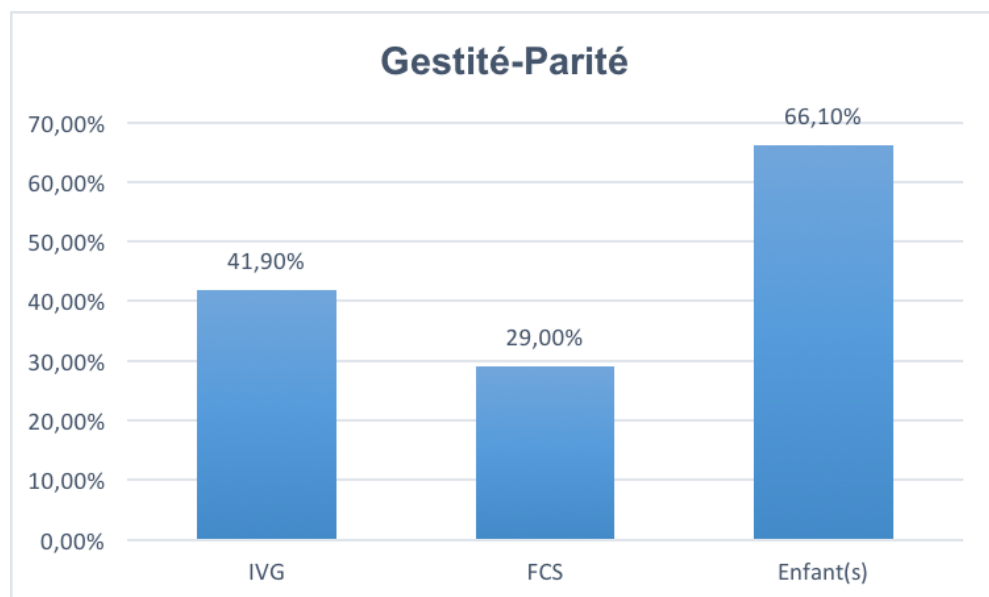
58% des femmes avaient un médecin traitant. En ce qui concerne la contraception, le schéma 4 ci-dessous montre que la grande majorité des femmes n'avait pas de moyen de contraception à l'entrée en détention.

Schéma 4 : Répartition des femmes incarcérées selon leur mode de contraception (n=62)



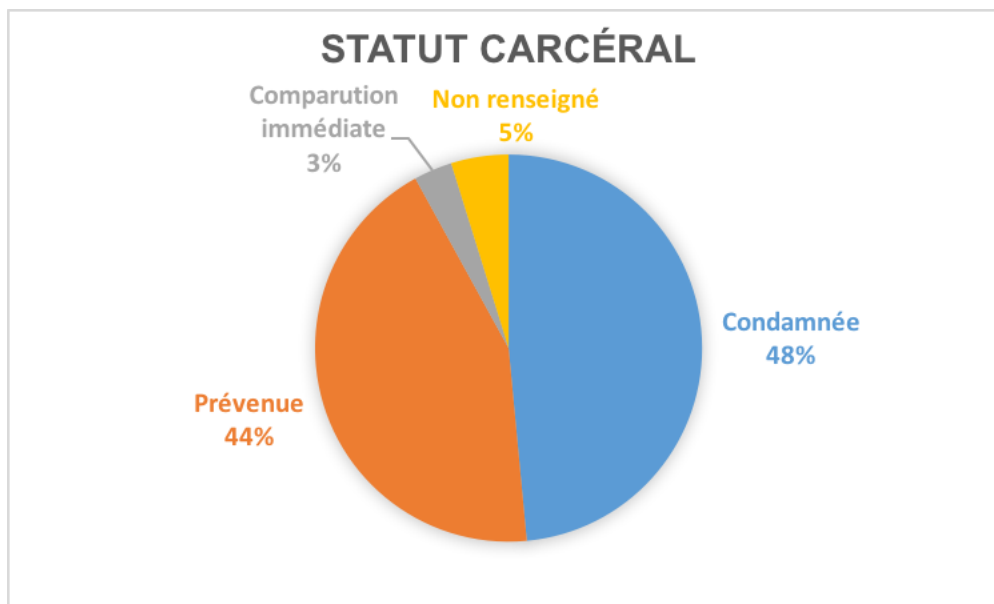
26 d'entre elles avaient déjà réalisé une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse (IVG) au cours de leur vie, 18 avaient déjà eu une fausse couche (FCS), 41 avaient un enfant ou plusieurs (schéma 5). Le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,5. 77,4% d'entre elles déclaraient avoir des rapports sexuels non protégés.

Schéma 5 : Proportion des antécédents obstétricaux dans la population incluse dans l'étude (n=62)



35,5% des femmes étaient incarcérées pour la seconde fois ou plus. 16,1% d'entre elles avaient été transférées d'un autre établissement pénitentiaire. La plus grande partie des femmes avait le statut de prévenue ou de condamnée (schéma 6).

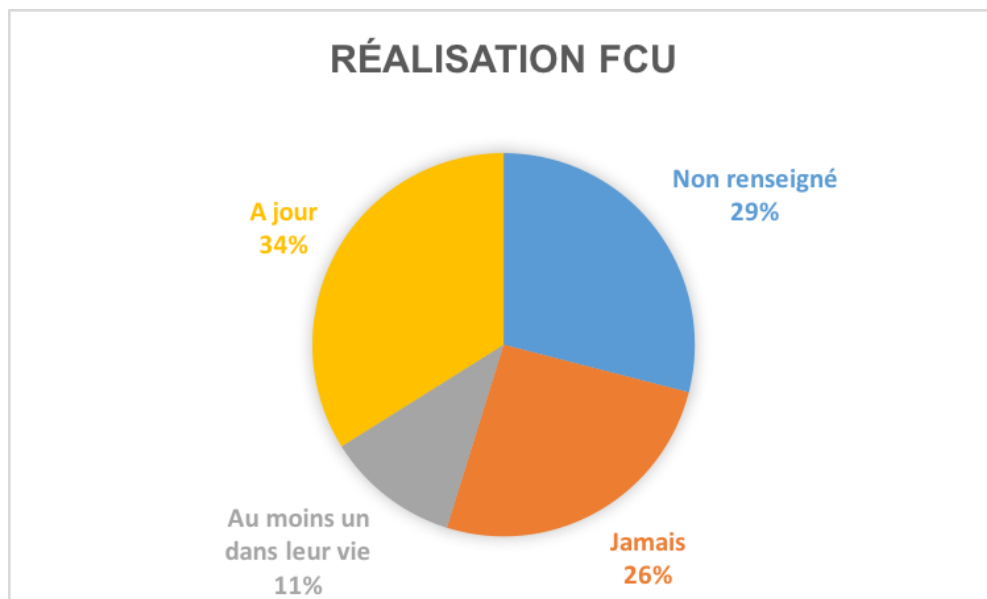
Schéma 6 : Répartition des femmes incarcérées selon leur statut carcéral (n=62)



Dans cette étude, un état des lieux sur l'organisation des soins et l'état de santé des femmes à l'entrée en détention à la MAF des Baumettes a été réalisé. Comme prévue par la loi (Guide Méthodologique, 2012), une consultation médicale est réalisée pour toutes les femmes dans les 24 heures qui suivent leur arrivée aux Baumettes. Cette consultation est réalisée par un médecin généraliste et se déroule en deux temps : une anamnèse complète suivie d'un examen clinique général. Grâce à cette consultation, de nombreuses informations ont été recueillies.

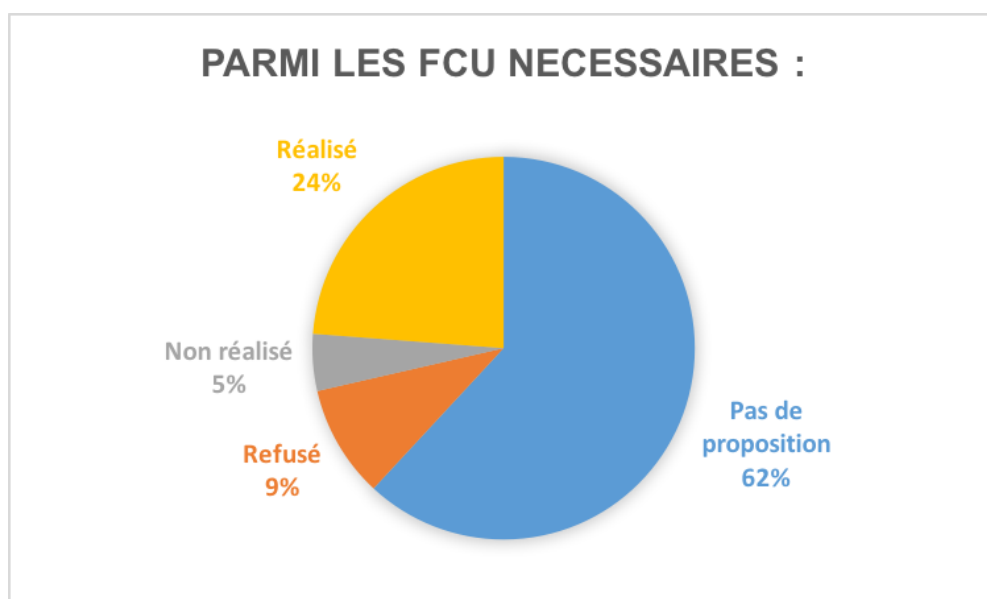
Concernant le statut des femmes nouvellement incarcérées vis à vis du dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU, moins de la moitié d'entre elles avait déjà réalisé cet examen avant l'entrée en détention (schéma 7) bien qu'il ait été vu ci-dessus que seules 29% d'entre elles avaient moins de 25 ans et ne correspondaient donc pas à la population ciblée par le dépistage systématique (*Annexe II*).

Schéma 7 : Répartition des femmes incarcérées selon leur statut vis à vis du dépistage du cancer du col de l'utérus (n=62)



En considérant les femmes de la catégorie « non renseigné » comme n'ayant jamais réalisé de FCU et en tenant compte des bornes d'âge pour le dépistage systématique : 21 femmes (33,9%) nécessitaient la réalisation d'un FCU à leur entrée en détention. Le schéma 8 présente les actes réalisés pour ces FCU nécessaires.

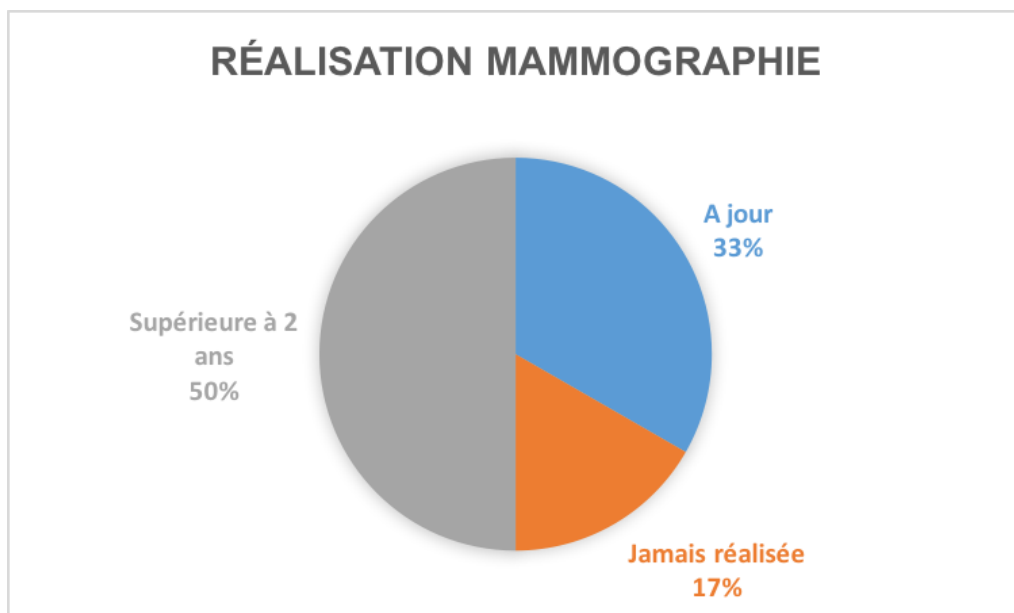
Schéma 8 : Pourcentage des différentes situations face aux patientes nécessitant la réalisation d'un FCU (n=21)



Concernant le statut vis à vis du dépistage du cancer du sein par mammographie : pour 17 femmes (27,4%), l'information n'a pas été recherchée. 36 femmes (58,1%) n'avaient jamais eu de mammographie au cours de leur vie. 5 femmes nécessitaient la réalisation d'une mammographie lors de leur entrée en détention, 4 car elles respectaient les conditions d'âge pour entrer dans le cadre du dépistage systématique (*Annexe III*) et une pour antécédents familiaux de cancer du sein.

6 femmes étaient concernées par le dépistage systématique. Parmi ces 6 patientes, 2 étaient à jour de leur examen, une n'avait jamais réalisé de mammographie et pour 3 d'entre elles le dernier examen datait d'au moins 2 ans (schéma 9).

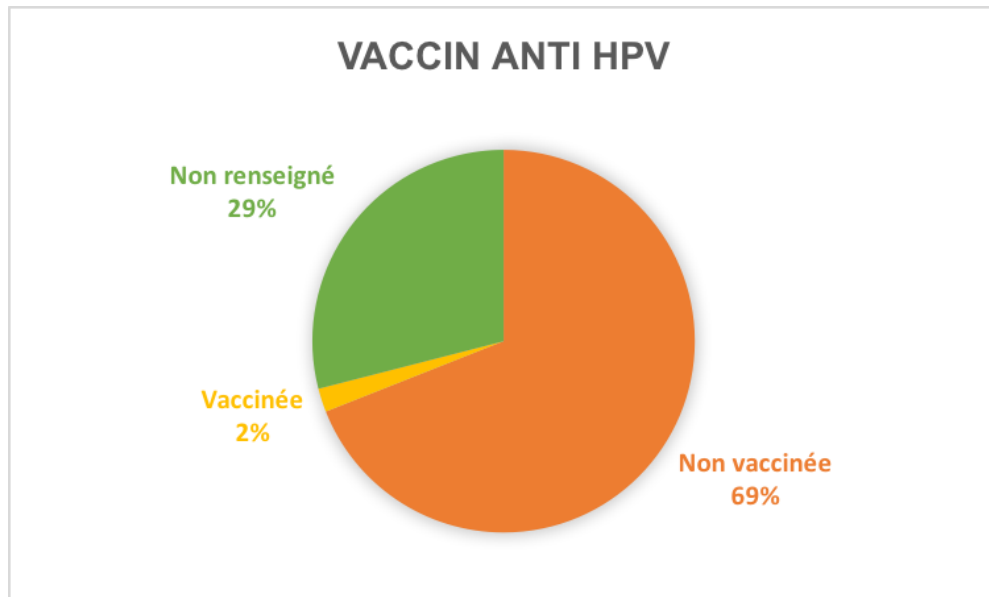
Schéma 9 : Répartition des femmes selon leur statut vis à vis du dépistage du cancer du sein (n=6)



Aucune des patientes présentant un profil justifiant la réalisation d'une mammographie n'a bénéficié de cet examen lors du recueil des données.

Concernant la couverture vaccinale par le vaccin anti-HPV parmi les femmes incarcérées incluses dans l'étude : la très grande majorité d'entre elles n'étaient pas vaccinées contre le HPV à l'entrée en détention (schéma 10).

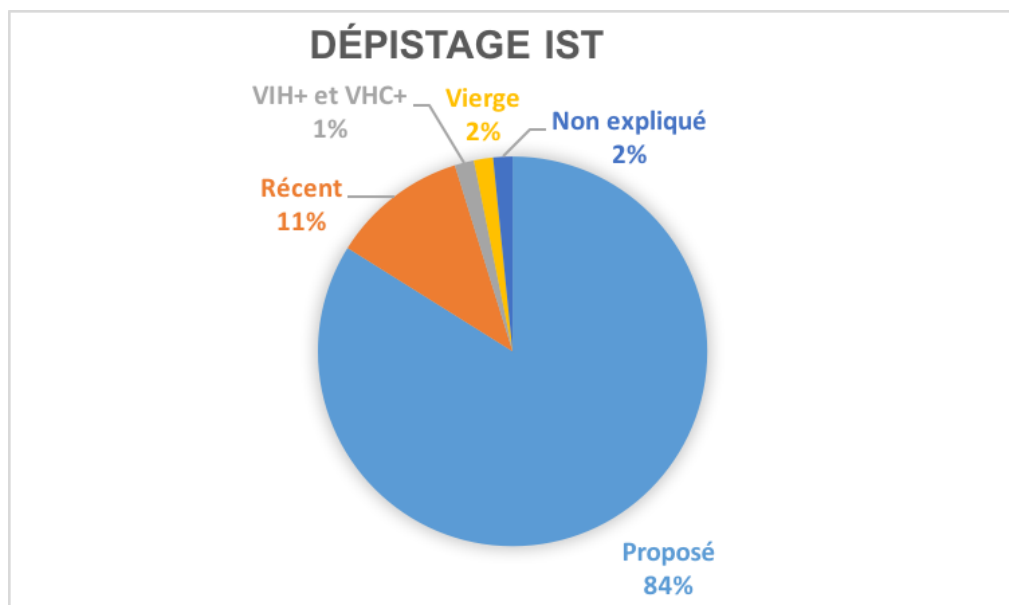
Schéma 10 : Répartition des femmes incarcérées selon leur statut vis à vis du vaccin anti-HPV (n=62)



Parmi les 43 femmes non vaccinées, 5 avaient encore l'âge adéquat pour la réalisation de la vaccination (*Annexe IV*). Aucune vaccination n'a été proposée ni réalisée.

Concernant le dépistage des IST (VIH 1 et 2, hépatites B et C et syphilis) : parmi les 10 femmes à qui le dépistage n'a pas été proposé : 7 avaient été transférées et avaient été dépistées dans l'établissement pénitentiaire d'origine, une était vierge, une était connue comme séropositive et porteuse de l'hépatite C. Pour la dernière, l'absence de proposition n'était pas expliquée (schéma 11).

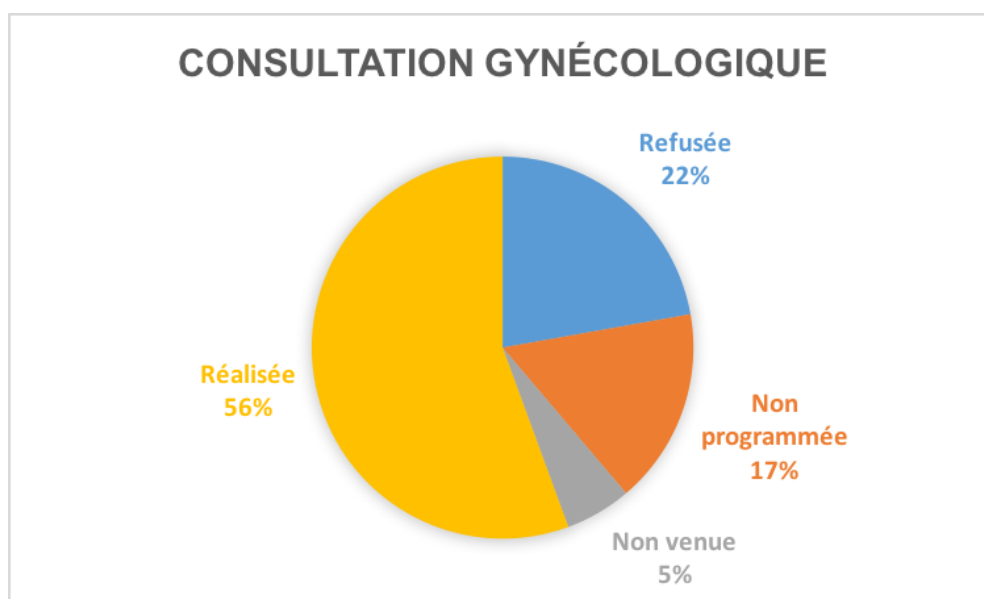
Schéma 11 : Pourcentage de proposition et motifs de non proposition du dépistage des IST (n=62)



Parmi les 52 dépistages proposés, 45 ont été acceptés et réalisés. Tous étaient négatifs sauf un, révélant une infection à l'hépatite B.

Concernant la consultation gynécologique pouvant être proposée ou recommandée à l'issue de la visite médicale d'entrée : une consultation a été proposée à 18 femmes (29%). 4 ont été refusées, 3 n'ont pas été programmées, une patiente n'est pas venue à la consultation programmée (schéma 12).

Schéma 12 : Aboutissement de la proposition de consultation gynécologique à l'entrée en détention (n=18)



Parmi les 18 consultations, 7 ont été motivées par la nécessité de réalisation du FCU, une par la nécessité de confirmer une éventuelle grossesse. Pour les 10 restantes, le motif de la proposition n'a pas été précisé.

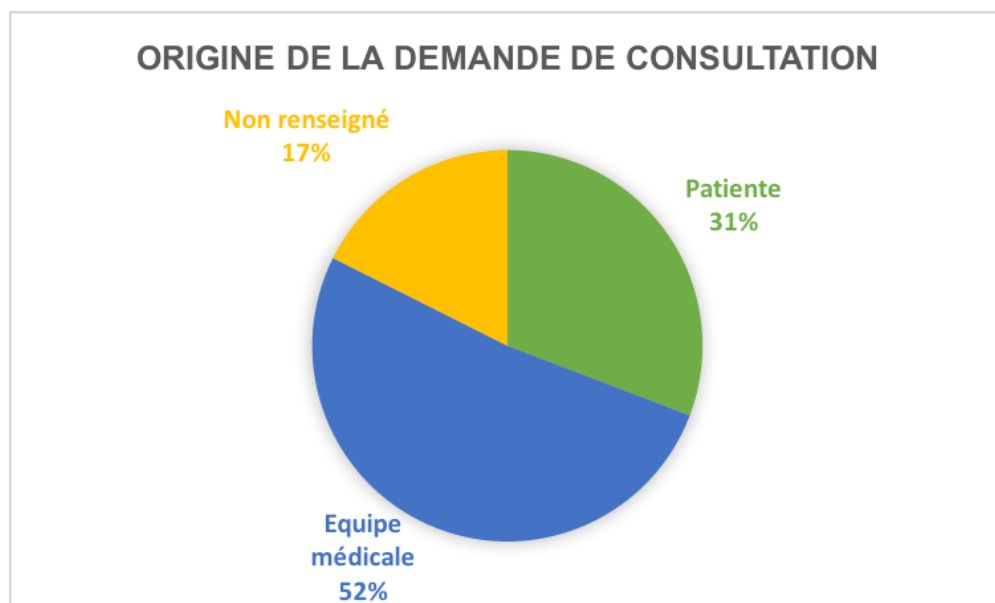
Bien que le nombre de cas retrouvés soit très limité, il convient de relever qu'à l'entrée en détention, parmi les 62 femmes incluses dans l'étude, 3 d'entre elles étaient enceintes. Il n'y a pas eu de grossesse débutant pendant l'incarcération.

Chacune des 3 femmes enceintes, quel que soit l'issue de la grossesse, a eu 3 consultations de suivi par mois avec une sage-femme et/ou un gynécologue obstétricien. Aucune n'a bénéficié de cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Une d'entre elles a réalisé une interruption volontaire de grossesse à 8 semaines d'aménorrhées qui s'est déroulée en établissement public de santé. Une a accouché spontanément à terme en établissement public de santé. Elle est sortie de la maternité d'accueil au 3^{ème} jour du post partum, le nouveau-né a été placé en famille d'accueil. Pour la dernière, aucune donnée sur son accouchement n'a été retrouvée. Elle a été hospitalisée pour le post partum jusqu'au 4^{ème} jour après l'accouchement avec un droit de visite accompagnée à son enfant en nursery. Le nouveau-né a ensuite été placé en famille d'accueil.

La lecture des dossiers médicaux a permis de noter que, comme prévu dans la loi également (Guide Méthodologique, 2012), au cours de leur détention les femmes ont pu avoir une ou plusieurs consultations, à leur demande ou à celle des professionnels de santé. Aux Baumettes au sein de l'UCSA, exercent : deux infirmières du lundi au vendredi, une psychiatre, un dentiste, deux médecins généralistes qui travaillent sur place ou sont d'astreinte, des médecins spécialistes sur demande des médecins généralistes, une gynécologue obstétricienne sur place le jeudi matin une semaine sur deux. Les infirmières passent aussi dans les cellules afin de distribuer les traitements et ce 7 jours sur 7. Des extractions ont été réalisées pour des actes techniques, des examens complémentaires ou des hospitalisations non réalisables au sein de l'UCSA.

Suite à cet état des lieux, la question de l'impact de l'incarcération sur le recours aux soins a pu être étudiée. Il a pu être remarqué qu'au cours de leur incarcération, 24 femmes (38,7%) n'ont jamais eu de consultations pour des motifs en lien avec la gynécologie ou l'obstétrique. Les 38 femmes ayant consulté ont eu une ou plusieurs consultations. Les comptes rendus de 91 consultations pour des motifs en lien avec la gynécologie ou l'obstétrique ont été recueillis lors de l'étude, en incluant les consultations avec les infirmières, les médecins généralistes et le gynécologue obstétricien. Les consultations pouvant être réalisées à la demande de la patiente elle-même ou à la demande des professionnels de santé, il est important de noter l'origine de la demande (schéma 13).

Schéma 13 : Répartition des demandes de consultation selon leur origine (n=91)



5 consultations avec le gynécologue ont été refusées, elles avaient toutes été prévues à la demande de l'équipe médicale. 4 patientes ne sont pas venues à leur consultation programmée suite à leur demande ou à celle de l'équipe médicale. Les non venues étaient principalement dues à d'autres examens médicaux. 90,1% des consultations ont été réalisées sur signes d'appel, par opposition aux consultations réalisées dans le cadre d'un suivi gynécologique de prévention.

Concernant l'application et la réalisation des conduites à tenir issues des consultations, il a été possible de noter que 8 échographies pelviennes ont été prescrites et 5 ont été réalisées. 11 FCU étaient nécessaires et n'ont pas été réalisés. 2 consultations gynécologiques ont eu lieu sans réalisation du FCU alors qu'il était nécessaire. Cependant, 17 FCU ont été réalisés sur l'ensemble des consultations. Au cours de leur détention, un FCU a été réalisé pour deux femmes qui n'avaient ni l'âge du dépistage systématique ni signes d'appel.

Suites aux FCU réalisés, 4 colposcopies ont été prescrites et 3 n'ont pas été réalisées. 4 mammographies ont été prescrites, aucune n'a été réalisée.

Il a pu être remarqué également que lorsque la conduite à tenir consistait en une nouvelle consultation avec un gynécologue, elle était suivie. Les délais entre deux consultations demandées par les médecins sont majoritairement respectés. Il a semblé important de noter que l'entrée en détention a permis la proposition de 4 consultations de suivi gynécologique de prévention par l'équipe médicale et la demande de 3 de ces consultations par les patientes. 2 femmes ont réalisé leur première consultation avec un gynécologue à leur arrivée aux Baumettes.

Par ailleurs, en considérant la prise de contraceptif, la réalisation du FCU et/ou de la mammographie de dépistage ainsi que l'utilisation d'une protection contre les IST lors des rapports sexuels comme des indicateurs d'un suivi gynécologique régulier et d'une certaine information en santé sexuelle, il a été possible de comparer la situation des femmes incarcérées pour la première fois lors de l'étude et celle des femmes dont l'incarcération actuelle était au moins la deuxième (tableau 1).

Tableau 1 : Comparaison du suivi gynécologique et des connaissances en santé sexuelle des femmes incarcérées en fonction de leur passé carcéral. Analyse univariée. Le degré de significativité p est fixé à 0,05.

Indicateurs de suivi	1ère incarcération	2ème incarcération ou plus	Degré de significativité (p)
	n=40	n=22	
Contraception			
Oui	10 (25 %)	3 (13,6%)	NS
Non	24 (60 %)	18 (81,8%)	
Ménopause et hystérectomie	5 (12,5%)	1 (4,5%)	
Non renseigné	1 (2,5%)	0	
Rapports sexuels protégés			
Oui	5 (12,5%)	3 (13,6%)	NS
Non	31 (77,5%)	17 (77,2%)	
Non renseigné	4 (10 %)	2 (9,1%)	
FCU			
Non nécessaire	13 (32,5%)	8 (36,4%)	NS
A réaliser	15 (37,5%)	8 (36,4%)	
Non renseigné	12 (30%)	6 (27,3%)	
Mammographie			
	n=4	n=2	
Non nécessaire	0	2	
A renouveler	3	0	
Jamais réalisée	1	0	

NS = Non significatif

Pour la mammographie, ne sont prises en compte que les femmes entrant dans le cadre du dépistage systématique.

L'absence de profession a été considérée comme un indicateur de précarité. Le suivi médical régulier et l'information en santé sexuelle des femmes entrantes sans profession ont été analysés à partir des indicateurs suivants : existence d'un médecin traitant, prise de contraceptif, réalisation du FCU de dépistage, utilisation d'une protection contre les IST lors des rapports sexuels (tableau 2).

Tableau 2 : Analyse du suivi gynécologique et des connaissances en santé sexuelle des femmes entrantes sans profession en fonction d'indicateurs prédéfinis.

Indicateurs de suivi	Sans profession
Médecin traitant	n=49
Oui	24 (49%)
Non	25 (51%)
Contraception	
Oui	10 (20,4%)
Non	35 (71,4%)
Ménopause et hystérectomie	3 (6,1%)
Non renseigné	1 (2 %)
Rapports sexuels protégés	
Oui	7 (14,2%)
Non	36 (73,5%)
Non renseigné	6 (12,3%)
FCU	n=34
Non nécessaire	16 (47,1%)
A renouveler	5 (14,7%)
Jamais réalisé	6 (17,6%)
Non renseigné	7 (20,6%)

Pour le FCU ne sont prises en compte que les femmes entrant dans le cadre du dépistage systématique.

Au recueil des données, parmi les 18 femmes sans profession et nécessitant la réalisation du FCU : 9 en ont bénéficié, soit la moitié d'entre elles.

L'absence de scolarisation ou l'arrêt de la scolarité avant l'obtention du Brevet des Collèges ont été considérés comme un indicateur de précarité. Le suivi médical régulier et l'information en santé sexuelle des femmes entrantes sans diplôme ont été analysés à partir des indicateurs suivants : existence d'un médecin traitant, prise de contraceptif, réalisation du FCU de dépistage, utilisation d'une protection contre les IST lors des rapports sexuels (tableau 3).

Tableau 3 : Analyse du suivi gynécologique et des connaissances en santé sexuelle des femmes entrantes sans diplôme en fonction d'indicateurs prédéfinis.

Indicateurs de suivi	Sans diplôme
Médecin traitant	n=13
Oui	8 (61,5%)
Non	5 (38,5%)
Contraception	
Oui	3 (23,1%)
Non	9 (69,2%)
Ménopause et hystérectomie	1 (7,7%)
Non renseigné	0
Rapports sexuels protégés	
Oui	4 (30,8%)
Non	9 (69,2%)
Non renseigné	0
FCU	n=7
Non nécessaire	3 (42,9%)
A renouveler	2 (28,6%)
Jamais réalisé	2 (28,6%)
Non renseigné	0

Pour le FCU ne sont prises en compte que les femmes entrant dans le cadre du dépistage systématique.

N'ont pas été considérées les femmes dont les données sur la scolarité ou le niveau de diplôme n'ont pas été renseignées.

Analyse et discussion

Biais et limites

Dans cette étude, des limites dues aux caractères déclaratifs des données à l'entrée en détention ont été rencontrées qui ont pu entraîner plusieurs types de biais :

- Un biais de classement concernant les données sur les facteurs sociodémographiques, sur les conduites addictives et la protection contre les IST lors des rapports sexuels essentiellement si les femmes entrantes ont répondu ce qui leur semblait valorisant et non « la vérité ».
- Un biais de mémorisation des femmes en ce qui concerne les données médicales, comme par exemple les dates auxquelles elles ont réalisé leurs examens de dépistage.
- Un biais de confusion lié aux réponses parfois imprécises des femmes non francophones.

Des limites dues à la proportion de données manquantes dans les dossiers médicaux ont également été rencontrées, essentiellement sur le niveau scolaire et la profession, l'utilisation de préservatif ou non lors des rapports sexuels, la contraception et le statut vis à vis du FCU et de la mammographie. Ces limites ont pu entraîner un biais de classement des femmes dans les différents sous-groupes.

Enfin, le faible voire très faible effectif de sujets inclus est une limite à l'analyse statistique des données, les différences observées étant souvent peu significatives.

Cette étude était une étude mono-centrique réalisée sur un petit effectif de sujets ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population carcérale féminine nationale.

Etat des lieux

Comme l'a montré cette étude, l'organisation sanitaire aux Baumettes semble conforme aux dispositions législatives : réalisation de la consultation médicale d'entrée, consultations à l'UCSA ou en établissement public de santé lorsque la situation le nécessite, dépistage des IST de façon quasi systématique (Guide méthodologique, 2012). Cependant, le milieu carcéral semble encore apporter certaines limites, à la MAF des Baumettes, en particulier en ce qui concerne les examens paracliniques nécessitant une extraction (mammographie, échographie, colposcopie...) qui ne sont pas toujours réalisés, probablement à cause des difficultés organisationnelles liées à l'extraction de l'établissement pénitentiaire.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'état de santé des femmes à l'entrée en détention les profils diffèrent entre les résultats de cette étude et les résultats des études réalisées au niveau national.

Concernant les addictions, dans l'enquête réalisée par la DREES en 2003 sur la santé des personnes entrant en détention, il était rapporté 63% de consommatrices de tabac, 17% de consommatrices abusives d'alcool et 19% de consommatrices de drogues par voie veineuse ou nasale et de cannabis (DREES, 2005). Dans l'étude ayant été menée aux Baumettes ces pourcentages étaient plus élevés. Concernant les maladies infectieuses, dans l'étude Prévacar il était rapporté que 2% des femmes étaient séropositives et 4,8% porteuses de l'hépatite C (Prévacar 2010). 1 femme sur 3 étaient vaccinées contre l'hépatite B (DREES, 2005). Dans l'étude présentée ici, les pourcentages étaient beaucoup plus faibles : tous les tests de dépistage se sont révélés négatifs sauf deux, la précision étant limitée par les 13,5% de dépistages d'IST qui ont été refusés. En ce qui concerne le besoin de consultation avec un médecin spécialiste, dans l'étude de la DREES une consultation avec un gynécologue a été proposée à 22,9% des femmes (DREES, 2005) pour 29% des femmes dans l'étude aux Baumettes.

Impact de l'incarcération sur le recours aux soins et le suivi

Afin d'évaluer du mieux possible l'impact de l'incarcération sur le recours aux soins et le suivi gynécologique et obstétrical des femmes incarcérées il faut tenir compte du fait que la population carcérale n'est pas une population représentative de la population générale. Le profil sociodémographique de cette population est différent de celui de la population du monde extérieur. En effet, un tiers des femmes sont sans domicile fixe à leur entrée en détention et un tiers des femmes n'ont pas de protection sociale. La fréquence du tabagisme est 7 fois plus élevée que dans la population générale et celle de la consommation d'alcool 4 fois plus élevée. Les femmes incarcérées ont moins recours aux soins : une femme sur deux a vu un médecin généraliste et un quart a vu un gynécologue dans les 12 mois précédant l'incarcération (DREES, 2005) contre 9 femmes sur 10 pour le médecin généraliste et 76% des femmes pour le gynécologue dans la population générale (Auvray, 2003). Cette population cumule donc les facteurs de vulnérabilité : précarité, addictions et troubles mentaux ce qui peut être considéré comme un obstacle à un suivi régulier et adapté dans le monde extérieur (Kanoui-Mebazaa et Valantin, 2007).

Par ailleurs, les études réalisées sur la population générale montrent que les populations précaires ont plus de difficultés à prendre en charge leur santé. En effet, d'après l'étude de la DREES (2009) sur « La santé des femmes en France » les familles qui ont le moins de ressources sont les plus touchées par le renoncement aux soins, essentiellement les soins d'optique et les soins dentaires mais aussi les soins de spécialistes comme les soins de gynécologie. Les personnes les moins diplômées ont moins recours aux préservatifs lors des rapports sexuels ainsi qu'aux dépistages des IST. La précarité est également associée à un suivi de grossesse insuffisant ou inexistant : 23,8% des femmes jamais ou non scolarisées ont moins de 7 consultations pré natales pour 4,4% de celles qui sont diplômée au moins du Baccalauréat.

En considérant l'absence de profession ou un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat comme des indicateurs de précarité, il est possible de remarquer que les femmes inactives ou celles qui ont un diplôme inférieur au Baccalauréat ont des taux de couvertures pour les dépistages ou les vaccins inférieurs à celles ayant une profession ou un diplôme supérieur. En effet, selon Célant et al. (2014) dans « l'Enquête sur la santé et la protection sociale » de 2012, 38,8% des femmes n'ayant pas le Baccalauréat sont vaccinées contre le HPV pour 47,4% de celles qui en sont diplômées. Selon la même étude, 90,6% des femmes diplômées de l'enseignement supérieur ont eu un FCU dans les 5 dernières années pour 69,6% des femmes sans diplôme. Selon Dourgnon et al. (2012) dans « l'Enquête sur la santé et la protection sociale » de 2010, 87,5% des femmes actives ont eu une mammographie dans les 3 dernières années contre 80,4% des chômeuses. Selon Auvray et al. (2003) dans « l'Enquête sur la santé et la protection sociale » de 2002, le taux de consommation de consultation chez un médecin spécialiste est également influencé par le milieu social des femmes : 14,3% des femmes actives ont eu recours à des soins de spécialiste dans le mois précédent pour 9,9% des chômeuses. Selon la même étude, le taux de femmes ayant 16 ans révolus et ayant eu un examen gynécologique dans les 2 ans précédents diffèrent selon le milieu : 72,8% des diplômées de l'enseignement supérieur pour 22,2% des femmes sans diplôme.

Dans l'étude réalisée à la MAF des Baumettes, 61,3% des femmes ont eu au moins 1 consultation pendant leur incarcération (c'est à dire au maximum dans les deux années précédentes). Cette proportion est nettement supérieure à celle observée chez les femmes précaires en milieu ouvert. Toutefois, il convient de noter que seule 30,8% des consultations sont réalisées à la demande des patientes. L'incarcération ne semble pas avoir un impact important sur le désir ressenti par les patientes d'améliorer la prise en charge de leur santé. Cependant, elle semble avoir un impact car les femmes sont mieux encadrées en détention ce qui peut permettre aux médecins de les convoquer lorsqu'ils jugent qu'elles en ont besoin.

Bien que le nombre de dossiers de femmes enceintes retrouvé durant l'étude soit très limité (3 seulement), leur suivi médical semble être amélioré par l'incarcération où une sage-femme est présente pour elles. En effet, elles ont chacune eu 3 consultations par mois tout au long de la grossesse, quelle qu'en soit l'issue. Cependant, l'accompagnement et le développement de la parentalité semblent être détériorés par l'incarcération : aucune séance de préparation à la naissance et à la parentalité n'a été réalisée pour les deux femmes qui ont mené leur grossesse à terme pendant la détention et toutes deux ont été séparées de leur enfant dès la naissance. Enfin, le respect de l'intimité et de la sécurité du travail et de l'accouchement est compliqué à évaluer à l'aide des comptes rendus médicaux mais il est très probablement difficile à assurer à la hauteur de celui garanti aux femmes libres (difficultés liées à l'extraction de l'établissement pénitentiaire lors de la mise en travail, organisation de la surveillance par les forces de l'ordre lors de l'accouchement et des suites de couches...)

Parmi les femmes sans profession et entrant dans le cadre du dépistage systématique par le FCU dans l'étude menée aux Baumettes, 18 femmes sur 34 n'étaient pas à jour de leur FCU soit un taux de couverture de 47,1%. Après un certain temps en détention (différent pour chaque femme au recueil des données) : le taux de couverture était de 79,4%. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui observé en milieu ouvert. En effet, selon Amsellem et al. (2010) dans l'enquête « Baromètre Cancer 2010 », 71,2% des femmes inactives étaient couvertes par le FCU.

Parmi les femmes sans profession et entrant dans le cadre du dépistage systématique du cancer du sein ou dans le cadre de la vaccination contre le HPV, le taux de couverture n'est pas modifié par l'incarcération car aucune mammographie et aucun vaccin n'ont été réalisés.

En comparant les femmes incarcérées pour la première fois et celles dont l'incarcération actuelle est au moins la deuxième vis à vis de leur statut concernant la prise de contraceptif, l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels, le FCU et la mammographie on s'aperçoit que :

- La proportion de femmes utilisant un moyen de contraception (pilule, implant ou dispositif intra utérin) est plus élevée chez les femmes lors de leur première incarcération que lors des incarcérations suivantes. La différence observée, bien que peu significative, pourrait être expliquée par exemple par une difficulté inhérente à l'incarcération à poursuivre sa contraception ou par l'arrêt de la contraception dû à un sentiment d'inutilité causé par l'absence de rapports sexuels en détention. Cette différence pourrait également être liée à la non reprise du suivi gynécologique antérieur interrompu par l'incarcération. L'incarcération ne semble donc pas favoriser l'utilisation d'une contraception et surtout, elle ne semble pas être un facteur influant sur la mise en place d'une première contraception.

- Le pourcentage de femmes utilisant un préservatif lors des rapports sexuels est légèrement augmenté chez les femmes dont l'incarcération actuelle n'est pas la première. Cette différence pourrait être due à l'impact de la prévention et de l'éducation pour la santé réalisées en détention par le biais des affiches, des prospectus et des professionnels de santé ainsi que par l'impact d'une première information en matière de santé sexuelle donnée aux personnes n'en ayant pas bénéficié en milieu extérieur. Toutefois cette différence semble peu significative.

- Le taux de couverture par le FCU est un peu plus important chez les femmes ayant déjà été incarcérées dans le passé, bien que cette différence soit peu significative.

Comme il a déjà pu être remarqué, l'incarcération semble avoir un impact positif sur la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cet impact pourrait être dû à un accès aux soins facilité en milieu pénitentiaire ou encore à un meilleur « contrôle » effectué par les professionnels de santé sur les besoins des patientes, en particulier lors de la consultation d'entrée.

- Le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein semble être meilleur chez les femmes dont l'incarcération actuelle n'est pas la première mais le nombre de femmes entrant dans le cadre de ce dépistage est très faible ce qui rend les données difficilement exploitables.

Cette étude réalisée à la MAF des Baumettes a donc permis de connaître l'organisation sanitaire et les modalités de recours aux soins en milieu pénitentiaire encadrées par la législation et la réglementation au niveau national mais également dans la pratique sur le site de l'étude. Les ressources matérielles et personnelles ont été découvertes. Ces connaissances ont permis de se rendre compte que sur le site des Baumettes, les recommandations nationales sont suivies du mieux possible mais qu'il existe toujours des difficultés à offrir la même qualité et la même continuité des soins que celles offertes en milieu ouvert. Cette étude a également permis la réalisation d'une brève analyse de l'état de santé des femmes à l'entrée en détention aux Baumettes.

Par ailleurs, cette étude a permis de remarquer que l'incarcération et le recours aux soins sont liés. Comme il a été souligné précédemment la détention peut avoir un impact positif sur certains paramètres de santé dans cette population précaire : le taux de consultation est plus élevé qu'en milieu extérieur, les femmes détenues sont mieux encadrées par les professionnels de santé, ce qui permet un suivi plus rigoureux et une meilleure prise en charge. Le suivi médical de la grossesse semble être meilleur en détention qu'en milieu ouvert. Les taux de couverture des dépistages par le FCU ou des IST sont plus élevés qu'à l'extérieur.

Malheureusement, l'incarcération a également une influence négative sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes et sur leur santé de façon plus générale. En effet, il a pu être remarqué grâce à l'étude menée aux Baumettes que malgré un suivi médical amélioré, l'accompagnement psycho-social de la grossesse semble être détérioré par l'incarcération. La dimension psychologique est souvent oubliée et peu prise en considération lors de la détention : pas de cours de préparation à la naissance et à la parentalité, isolement de la future mère, séparation avec le père et la famille puis séparation avec l'enfant après la naissance ou au plus tard à ses 18 mois. Les futures mères et les jeunes mères sont donc plus à risque de troubles psychologiques pendant la grossesse et le post-partum. En ce qui concerne le suivi gynécologique, comme il a été vu précédemment, l'incarcération peut être un frein à la réalisation des mammographies, échographies ou colposcopies nécessaires car ces examens de dépistages ou de diagnostics ne sont pas réalisables à l'UCSA et nécessitent donc une extraction pour un transfert en établissement de santé ce qui entraîne des difficultés d'organisation (pour la prise de rendez-vous, pour l'organisation des véhicules de transports, pour le personnel de surveillance à mobiliser...). L'impact de l'incarcération sur la prise de contraceptif semble également être négatif : difficultés rencontrées à poursuivre la prise de contraceptifs oraux si ceux-ci ne sont pas mis à disposition ou arrêt de la contraception lorsque les femmes jugent inutile de la poursuivre. L'incarcération pourrait d'autre part permettre d'instaurer un moyen de contraception chez toutes les femmes qui n'en disposent pas or cela ne semble pas être le cas.

Enfin un point qui peut être observé pour le suivi gynécologique mais qui peut certainement être extrapolable au suivi médical global : pour les femmes disposant d'un suivi régulier avant leur incarcération, celle-ci va inévitablement entraîner une coupure du suivi et le suivi ne sera pas toujours repris lors de la sortie de détention. Dans le même registre, l'incarcération entraîne de façon inéluctable une coupure dans la vie des femmes incarcérées. Celles-ci ne sont alors pas assurées de retrouver leur travail, leur logement, leur famille à leur sortie de détention, ce qui les place finalement dans une situation plus précaire qu'à leur entrée en détention et détériore encore leurs conditions de suivi gynécologique et médical. Enfin, il semble qu'hormis la consultation médicale proposée à toutes dans le mois précédent la sortie (Guide méthodologique, 2012), peu de dispositifs sont mis en place afin de poursuivre le suivi gynécologique créé ou maintenu en détention.

Malheureusement, il faut garder à l'esprit que cette étude ayant pu être menée uniquement sur un centre, l'extrapolation des résultats à la population carcérale féminine nationale est impossible, d'autant plus que l'effectif de sujets était réduit.

Toutefois, afin de consolider les effets positifs et de réduire les effets négatifs, une amélioration des pratiques cliniques semble possible. Par exemple, le recueil des informations et données médicales à la consultation d'entrée pourrait être plus exhaustif afin de mieux cibler les femmes à prendre en charge et ainsi améliorer la réponse apportée aux besoins en santé des femmes. Une formation des médecins généralistes aux soins gynécologiques de base, comme la réalisation du FCU, ou la présence plus régulière d'une sage-femme déjà formée pourrait être utile afin de simplifier l'organisation des consultations ultérieures avec le gynécologue et d'augmenter encore le taux de couverture pour le dépistage. Une consultation avec un spécialiste, essentiellement un gynécologue, pourrait être proposée de façon plus systématique afin de satisfaire le besoin d'un suivi gynécologique de prévention chez toute femme. Développer la prévention et l'éducation pour la santé réalisées en milieu pénitentiaire sur les IST, la contraception et les addictions en tenant compte de la proportion élevée de femmes non francophones et des spécificités de l'état de santé des femmes dans chaque établissement pénitentiaire pourrait également avoir un impact positif sur l'état de santé des femmes détenues. Bien que cette idée semble difficilement réalisable, une simplification de l'organisation des extractions brèves qui ne nécessitent pas d'organiser une hospitalisation mais qui sont indispensables à la réalisation d'examens fondamentaux pourrait améliorer les prises en charges gynécologiques des patientes (mammographie, échographie, colposcopie...). Enfin, un dossier médical pourrait être créé et donné aux femmes à la fin de leur incarcération ou envoyé de façon systématique en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour ce qui concerne le suivi gynécologique ou obstétrical ou dans un autre centre médical afin d'assurer la continuité des soins et le maintien du lien avec le système de soin par la poursuite du suivi mis en place ou maintenu pendant l'incarcération.

D'autre part, il est important de rappeler que seules 4 études sur la santé des personnes incarcérées ont été menées au niveau national. Parmi ces 4 études toutes, sauf une datant de 2010, datent de plus de 10 ans. De plus, ces études traitent de la santé des personnes à l'entrée en détention, des déficiences, des maladies mentales ou des maladies infectieuses. Il n'y a pas d'étude menée au niveau national ciblé uniquement sur la santé globale des femmes ou sur le suivi gynécologique, ceci pouvant être expliqué par le caractère minoritaire de la population féminine carcéral.

Pourtant, il est possible de retrouver de nombreux articles de loi^{15,16} de nombreux rapports (Delarue, 2013) et quelques études (Ashdown et James, 2010) (Le Pomellec, 2014) qui définissent un cadre ou étudient le contexte de la grossesse, de l'accouchement, du post partum et de la garde de l'enfant en détention alors que les femmes enceintes ou les femmes ayant un enfant de moins 18 mois susceptible de vivre avec elles en détention constituent une minorité dans la minorité qu'est la population carcérale féminine. Il paraît donc justifié et important de mener une ou plusieurs études nationales ciblant uniquement la santé des femmes et le suivi gynécologique, afin de pouvoir en tirer les connaissances et les recommandations nécessaires à la mise en place d'un suivi le plus optimal possible. En milieu ouvert, le suivi gynécologique de prévention ou suivi gynécologique systématique n'est pas obligatoire mais il est recommandé de consulter régulièrement un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme pour prendre soin de sa santé et de participer aux campagnes de dépistage organisé : FCU, mammographie, dépistage des IST (Barataud, 2016). En effet, le suivi gynécologique est indispensable pour dépister certaines pathologies. Il est conseillé de le débiter dès le début de l'activité sexuelle, de consulter un médecin ou une sage-femme de façon annuelle et en particulier, l'examen des seins est fortement recommandé de manière annuelle à partir de 30 ans (Journal des femmes santé, 2017). Le suivi gynécologique paraît essentiellement utile pour la réalisation des dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, pour la réalisation du dépistage des IST et la mise en place et le suivi d'une contraception, que ce soit en prévention ou en cas de situations à risque. Or, comme il a été vu précédemment, la sexualité est possible et existante en prison (Delarue, 2014), reconnue par l'administration pénitentiaire mais non contrôlée (Haut Conseil de Santé Publique, 2016). Dans le Plan d'actions stratégiques de 2010-2014, une des mesures souligne la nécessité d'améliorer la prévention des risques liés à la sexualité et de favoriser le maintien d'une vie affective et sexuelle sans danger, mais d'autre part selon Delarue (2014) il est possible de trouver des distributeurs de préservatifs masculins dans les locaux sanitaires mais cette distribution ne s'accompagne pas d'explications afin de promouvoir leur utilisation et cette distribution est même parfois mal assurée. Lors du recueil des données pour l'étude menée aux Baumettes, il a été possible d'observer que des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont menées par le biais de prospectus mettant en garde contre les IST ou donnant une conduite à tenir en cas de situations à risque mais il n'y a par exemple aucun distributeur de préservatifs masculins ou féminins au sein de l'UCSA aux Baumettes...

¹⁵Article D400 du Code de Procédure Pénale

¹⁶Article 52 de la loi Pénitentiaire n°2009-1436 du 24/11/2009

Au vu de tous ces éléments, le suivi gynécologique et la réalisation d'étude sur ce sujet paraissent encore une fois très importants.

D'autre part, il a été exposé précédemment que les femmes vivent en général plus mal l'incarcération que les hommes, que les manifestations physiques et psychiques de leur mal être sont fréquentes et augmentent leur recours aux soins (Huet, 2009). De plus, en milieu ouvert, l'analyse de la perception que les individus ont de leur propre état de santé montre que quel que soit la tranche d'âge observée, les femmes se perçoivent toujours en moins bon état de santé que les hommes et qu'il existe un fort gradient social concernant l'état de santé perçue. En effet, les femmes en situations défavorables déclarent un moins bon état de santé (DREES, 2009). Il est légitime de penser que cet état de santé perçu déjà médiocre en milieu ouvert est facilement détérioré par l'incarcération le rendant encore moins bon. Il pourrait donc être intéressant d'étudier si les femmes ayant une forte consommation de soin pendant leur détention consultent toujours pour des raisons médicales physiques avérées (le suivi gynécologique de prévention étant considéré comme une raison médicale physique) ou si ces consultations à répétition peuvent être la manifestation d'un mal être psychique entraînant une somatisation au niveau physique. Ces derniers éléments permettent encore une fois d'insister sur l'importance de réaliser des études se concentrant sur la santé des femmes.

Pour finir, il peut être précisé que cette étude a été menée car une sage-femme a déjà sa place dans le suivi obstétrical des femmes enceintes incarcérées mais elle pourrait également en trouver une dans le suivi gynécologique de ces femmes. En effet, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes sont habilitées à réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention¹⁷. La présence d'une sage-femme de façon plus régulière au sein de l'UCSA afin d'assurer le suivi gynécologique des femmes, et plus seulement leur suivi obstétrical, permettrait de proposer et de donner aux femmes incarcérées des rendez-vous avec moins d'attente, d'effectuer un meilleur contrôle des besoins des femmes pour une meilleure prise en charge et de mieux organiser les soins.

¹⁷Article L.4151-1 du code de la santé publique, dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Conclusion

Le monde carcéral est singulier et très peu connu de la population générale. La population carcérale féminine bien que constituant une part minoritaire de la population carcérale témoigne de besoin de santé spécifique, en particulier en ce qui concerne la santé génésique.

Cette étude, grâce au recueil des données de dossiers médicaux à l'aide d'une grille de recueil, a permis d'étudier l'organisation sanitaire au sein de l'UCSA de la MAF des Baumettes et l'état de santé des femmes à l'entrée en incarcération. Elle a également permis d'étudier l'impact de l'incarcération sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes.

Ainsi, il a été démontré que l'incarcération a bel et bien une influence sur les suivis médicaux des femmes. L'incarcération apporte des améliorations mais aussi des détériorations des suivis. Globalement, pour les femmes qui disposent d'un suivi médical et plus précisément d'un suivi gynécologique régulier et satisfaisant avant leur incarcération, celle-ci va entraîner une rupture de ce suivi et donc avoir un impact essentiellement négatif. En revanche, pour les femmes précaires, très peu ou pas du tout suivies en milieu ouvert, l'incarcération va souvent permettre la réalisation des examens de dépistages et de diagnostics nécessaires à une bonne prise en charge de leur santé.

Il résulte également des recherches menées que la réalisation d'études au niveau national sur la santé des femmes et sur leur suivi gynécologique en détention semble absolument nécessaire. Cette étude ayant été réalisée sur un seul centre et sur un très faible effectif, les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à la population carcérale féminine nationale mais la réalisation d'une étude, sur le même centre, à plus grande échelle pourrait produire des résultats plus exploitables.

Bibliographie

Amsellem N, Ancellin R, Arwidson P, Beck F, Benmarnhia T, Deutsch A, Eisinger F, Escalon H, Gaillot de Saintignon J, Garnier A, Gautier A, Guignard R, Léon C, Lequellec-Nathan M, Peretti-Watel P, Richard JB, Tordjman I et Viguier J, *Baromètre cancer 2010*, INPES éditions, support pdf, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>, dernière consultation le 07 mars 2017

Ashdown J. et James M, (2010) « Women in detention », *International review of the Red Cross*, Volume 92, n°877, p123-141

Auvray L, Doussin A et Le Fur P (2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002, Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002*, Rapport n°522, support pdf, <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1509.pdf>, dernière consultation février 2017

Barataud Bérangère (2016), *Suivi gynécologique, suivez le guide*, MGC prévention, site internet, <http://www.mgc-prevention.fr/suivi-gynecologique-suivez-le-guide/>, dernière consultation 11 mars 2017

Bebin Laurence (2013), « Accueillir les bébés en milieu carcéral », *Cahier de la puériculture*, Volume 50, n°266, p24-28

Célant N, Guillaume S et Rochereau T (2014), *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Les rapports de l'IRDES, support pdf, <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>, dernière consultation février 2017

Delarue Jean-Marie (2013), *Avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté relatifs aux jeunes enfants et aux mères détenues*, support pdf, http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/08/Avis-meres-enfants_20130903-def.pdf, dernière consultation 03 mars 2017

Delarue Jean-Marie (2014), « Prison : Quelle place pour la promotion de la santé ? » *La Santé en action*, n°430, p13-16

Direction générale de la santé (2010), *Enquête Prévacar – VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*, support pdf, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf, dernière consultation le 08 mars 2017

Dourgnon P, Guillaume S et Rochereau T (2012), *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*, Les rapports de l'IRDES, support pdf, <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>, dernière consultation février 2017

DREES (2005), *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Etudes et résultats, n°386, support pdf

DREES (2009), *La santé des femmes en France*, Collection études et statistiques, La documentation française, support pdf

Guérin Geneviève (2003), *La santé en prison*, Adsp n°44, support pdf

Haut Conseil de Santé Publique (2016), *Santé sexuelle et reproductive*, Avis et Rapports, support pdf

HUET Guénhaël (2009), *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*, Rapport n°1900 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale, support pdf

Journal des femmes santé (2017), *L'examen gynécologique*, Santé médecine, support pdf, dernière consultation mars 2017

Kanouï-Mebazaa V, Valentin M-A, « La santé en prison », *Les Tribunes de la santé*, n°17, p97-103

Le Pomellec Morgane (2014), *Etude sociologique des adaptations de prise en charge des professionnels de santé intervenant auprès du couple mère-enfant en prison*, Mémoire sage-femme, Université de Nantes - Ecole de sages-femmes, 44 000, 1 volume, 81 pages

Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice (2012), *Guide méthodologique – Soins aux personnes placées sous main de justice*, support pdf, http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf, dernière consultation le 04 mars 2017

Ministère de la justice et des libertés et Ministère de la santé et des sports (2010), *Plan d'action stratégiques 2010-2014 – Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, support pdf, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf, dernière consultation le 03 mars 2017

Ministère de la justice (2016), *Les chiffres clés de la justice*, site internet, <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/#dap>, dernière consultation le 03 mars 2017

Ministère de la justice (2016), *Règles de détention pour les femmes*, site internet, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html>, dernière consultation le 03 mars 2017

Ministère de la justice (2016), *Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France*, support pdf, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2016.pdf, dernière consultation le 04 mars 2017

Glossaire

Comparution immédiate : Une comparution immédiate est une procédure qui permet au procureur de faire juger une personne rapidement à l'issue de sa garde à vue (en général moins de 3 jours).

Condamnée : Une personne condamnée est une personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

File active : La file active est définie par la somme des personnes entrantes dans l'année plus les personnes présentes au 1^{er} janvier de cette année.

Maison d'arrêt : Etablissement pénitentiaire qui reçoit les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 2 ans et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine.

Prévenue : Une personne prévenue est une personne qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas encore définitive.

Santé génésique : La santé génésique, qui s'inscrit dans le cadre de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS : « Etat de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse en offrant la chance aux couples d'avoir un enfant en bonne santé. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

Annexe 1

Grille de recueil

1) Données sociodémographiques

Âge :
Niveau scolaire :
Profession :
Nationalité :

2) Addictions

Tabac :
Drogue :
Cannabis :
Alcool :

3) Données judiciaires

Date d'incarcération :
Antécédents judiciaires :
Transfert / Arrivant de liberté :
Statut :

4) Données médicales

Médecin traitant :
Contraception :
Suivi gynécologique (FCU, mammographie, vaccin HPV) :
Rapports sexuels protégés :
Gestité – Parité :
Antécédents IVG :
Antécédents FCS :
Nombre d'enfants :

5) A l'entrée

Dépistage IST :	Proposé	Accepté	Résultats		
FCU :	Nécessaire	Proposé	Accepté	Réalisé	Résultats

Consultation gynécologue :	Proposée	Acceptée	Venue
Si non venue ; pourquoi :			

6) Pendant l'incarcération

Consultations : Demande patiente / équipe médicale
Date :
Motifs :
Prise en charge :

7) SI GROSSESSE

A l'arrivée / pendant l'incarcération
Consultations de suivi :
Cours de préparation :
Accouchement (si pendant la période de détention) :

Annexe 2

Recommandations HAS pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France – Juillet 2010¹ :

Le dépistage continue de s'appuyer sur les acteurs traditionnels : gynécologues médicaux et obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, anatomo-cytopathologistes et biologistes.

Le dépistage reste fondé sur la réalisation d'un FCU (conventionnel ou en milieu liquide) à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans.

¹https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf

Annexe 3

Recommandation HAS pour le dépistage et la prévention du cancer du sein – Février 2015² :

Les femmes éligibles sont âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent, ni facteur de risque de cancer du sein. Les femmes ayant une hyperdensité mammaire ou sous traitement hormonal substitutif font partie de cette population cible. Les femmes non éligibles car devant bénéficier d'un suivi personnalisé sont celles à risque élevé (antécédent personnel de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire *in situ*, d'hyperplasie épithéliale atypique, de cancer lobulaire *in situ*, d'irradiation thoracique médicale à haute dose, d'antécédent familial de cancer du sein invasif) ou très élevé (predisposition génétique).

² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

Annexe 4

Avis relatif à la révision de l'âge de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles – septembre 2012³ :

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus puisse être pratiquée entre les âges de 11 et 14 ans et que toute opportunité, y compris le rendez-vous vaccinal de 11-14 ans, soit mise à profit pour initier la vaccination avec une possibilité de co-administration avec un autre vaccin (vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-polio, vaccin hépatite B) ou pour compléter un schéma vaccinal incomplet et notamment pour administrer la 3^e dose de vaccin.

Le HCSP recommande également que l'âge de rattrapage soit limité à 20 ans (19 ans révolus), cette vaccination étant d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque de l'infection HPV.

Par ailleurs, le HCSP rappelle que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe. Il souligne par ailleurs que ces niveaux de couverture vaccinale élevés sont obtenus dans les pays (Royaume-Uni, Australie) qui vaccinent dans les écoles.

³ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>

Résumé

Introduction à l'étude : La prison est un monde particulier, souvent méconnu et peu étudié qui ne doit pas entraver l'accès et le recours aux soins. La population carcérale féminine bien que constituant une part minoritaire de la population carcérale témoigne de besoin de santé spécifique, en particulier en ce qui concerne la santé gynécologique.

Objectifs de l'étude : Dresser un état des lieux des conditions de suivi gynécologique et obstétrical.

Dans une population issue pour la majorité de milieux précaires, définir si l'accès aux soins facilité en milieu pénitentiaire favorise les initiatives de prise en charge des patientes.

Matériel et méthode : Cette étude était une étude quantitative, descriptive et mono-centrique (Maison d'arrêt des femmes des Baumettes, Marseille) avec un recueil rétrospectif des données à partir de dossiers médicaux. 62 dossiers ont été étudiés. Une analyse descriptive des données a été effectuée.

Résultat : L'organisation sanitaire aux Baumettes obéit aux dispositions législatives. L'état de santé des femmes à l'entrée en détention semble moins bon que celui de la population générale. L'incarcération et le recours aux soins sont liées mais l'influence de l'incarcération sur le suivi gynécologique et obstétrical s'observe essentiellement par un contrôle des professionnels de santé.

Conclusion : L'impact de l'incarcération est à la fois positif et négatif. Il dépend essentiellement du profil sociodémographique de la femme avant son incarcération.

Mots clés : femmes incarcérées, suivi gynécologique, suivi obstétrical, impact, incarcération

Abstract

Introduction : Prison is a special, often unrecognized and under-researched world that must not impede access and use of care. The female prison population, although constituting a minority of the prison population, shows a need for specific health especially in reproductive health.

Objectives of the study : To draw up an inventory of the conditions for gynecological and obstetric follow-up.

In a population mainly coming from precarious socioeconomic environments, define whether access to care facilitated in prisons favors patient care initiatives.

Materials and methods : This study was a quantitative, descriptive and mono-centric study (Baumettes, Marseille) with a retrospective collection of data from medical records. 62 files were studied. A descriptive analysis of the data was carried out.

Results : The sanitary organization at Les Baumettes obeys the legislative provisions. The health status of women on entry seems less good than that of the general population. Incarceration and the use of care are linked, but the influence of incarceration on gynecological and obstetric follow-up is mainly due to control by health professionals.

Conclusion : The impact of incarceration is both positive and negative. It depends primarily on the sociodemographic profile of the woman before her incarceration.

Key words : women in detention, gynecologic follow up, obstetrical follow up, impact, incarceration