

La santé des femmes en milieu carcéral

*Éliminer les disparités entre les sexes
en matière de santé dans les prisons*

2009



RÉSUMÉ

En 1995, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé le projet Santé en prison avec le soutien du centre collaborateur de l'OMS pour la santé en prison (ministère britannique de la Santé). Ce projet est mené par un réseau de pays résolu à protéger et à promouvoir la santé en prison dans l'intérêt des détenus, du personnel et de la santé publique. Des représentants des ministères responsables de la santé en prison d'environ 36 pays de la Région européenne de l'OMS participent à la conférence annuelle et à la réunion du réseau organisés dans le cadre du projet. Le réseau permet la diffusion de données d'expérience qui, combinées à des conseils d'experts, se traduisent par des recommandations à l'adresse des pays désireux d'améliorer les soins de santé en prison et la situation carcérale et, notamment, de renforcer le rôle des établissements pénitentiaires dans la prévention de la propagation des maladies. Il cherche à profiter au maximum de l'occasion importante qui lui est offerte de promouvoir la santé dans un groupe marginalisé et de contribuer à la santé publique générale dans leurs populations. À la demande des États membres participant à cette initiative, le projet Santé en prison de l'OMS, en collaboration avec des organisations partenaires et des experts, et avec le soutien de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, le Conseil quaker des Affaires européennes, le Bureau quaker auprès des Nations Unies, le Sainsbury Centre for Mental Health, la Fondation sida Est-Ouest et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, a permis d'examiner toutes les questions et problématiques ayant une incidence sur la santé des femmes dans le système pénal et, en particulier, les disparités flagrantes existant à cet égard. Le projet a adopté la déclaration et le document de référence ci-joints, ces derniers justifiant entièrement les recommandations et l'appel à l'action repris dans la conclusion.

Mots clés :

PRISONS
PRISONERS
WOMEN'S HEALTH
EUROPE

EUR/09/5086974

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2009

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

SOMMAIRE

page

Avant-propos	v
Remerciements	vii
Déclaration de Kyev sur la santé des femmes en prison	1
Introduction	6
La nécessité d'une déclaration sur la santé des femmes en prison.....	6
Les objectifs d'une déclaration sur la santé des femmes en prison	7
Définitions	7
Les femmes, la prison et la société	8
Faits et chiffres	8
Les normes en matière de droits de l'homme et les conventions internationales.....	9
Les femmes en prison et la société	10
Relations	10
Incarcération des mineures.....	11
Incarcération des femmes âgées	11
Incarcération d'étrangères	12
Les enfants des mères en prison	12
Santé des femmes en milieu carcéral	14
La nécessité de soins de santé spécifiques pour les femmes	14
Organisation des services de santé pour les détenues	15
VIH, hépatite C et autres maladies infectieuses.....	15
Usage de substances toxiques	17
Santé mentale et problèmes mentaux	19
Actes autodestructeurs et suicide.....	20
Troubles de l'apprentissage	21
Santé sexuelle et génésique	21
Grossesse, soins postnataux et allaitement.....	22
Violence et abus	23
Des besoins multiples et complexes en termes de traitement.....	24
Préparatifs à la libération et continuité des soins après celle-ci	25

Comment améliorer la situation ? Quelles sont les mesures possibles, souhaitables et indispensables ?27

 Évolution récente et nouveaux projets28

 Recommandations29

Conclusions36

Bibliographie37

Avant-propos

Les politiques carcérales ne tiennent pas souvent compte des besoins particuliers des femmes et de leur santé. Or, beaucoup de détenues connaissent de sérieux problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme, ainsi que de maltraitance et de violence physiques et sexuelles. De même, on néglige fréquemment les aspects relatifs aux soins de santé et aux responsabilités familiales propres aux femmes. Bien que les femmes représentent un pourcentage peu élevé de la population carcérale totale, leur nombre s'accroît à un rythme bien supérieur à celui des détenus masculins.

La propagation rapide de l'infection à VIH, la résurgence d'autres maladies transmissibles graves telles que la tuberculose et l'hépatite, et le fait de plus en plus reconnu que les prisons ne sont guère appropriées pour l'accueil de personnes toxicomanes ou alcooliques et souffrant de problèmes mentaux, sont autant de critères justifiant la priorité élevée accordée à la santé en prison dans les programmes de santé publique. Comme l'a souligné l'OMS, toute stratégie nationale en matière de santé doit prévoir des politiques carcérales prenant en considération ces graves problèmes.

La santé constitue un droit fondamental de tout être humain, en particulier pour les personnes placées en détention par l'État. Quoique les femmes devraient jouir des mêmes droits que les hommes, les systèmes carcéraux ont été surtout conçus pour ces derniers, et la plupart des établissements pénitentiaires ne disposent pas des services adéquats pour protéger les droits des femmes ou promouvoir leur santé. À la difficulté de résoudre ce problème s'ajoute le manque de données et d'études sur la situation sanitaire des femmes détenues en prison. Les systèmes de santé doivent incorporer des politiques de santé en milieu carcéral qui tiennent compte des besoins sanitaires des femmes à toutes les phases de la planification et de la mise en œuvre.

Depuis 1995, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'engage à réduire les risques de santé publique liés aux prisons et à protéger et à promouvoir la santé en milieu carcéral. Les rapports publiés par le Bureau régional, tels que *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* (2007), reprennent les dernières études et analyses d'experts dans ce domaine et ont ainsi permis de mettre en évidence les problèmes sanitaires en milieu carcéral. S'inspirant de la politique de l'OMS sur la dimension homme-femme, le Bureau régional a soutenu les activités de recherche visant à émettre des recommandations fondées sur des bases factuelles, relatives aux principaux aspects de la santé des femmes dans le cadre des prisons et du système pénal dans son ensemble.

Les principes et les recommandations de la Déclaration de Kyev sur la santé des femmes en prison constituent des étapes importantes pour améliorer les systèmes de santé et prendre en compte les besoins sanitaires des femmes confrontées au système pénal. J'espère que ce rapport, qui présente les bases factuelles et les opinions d'experts examinées lors de la conférence spéciale tenue à Kyev en novembre 2008, convaincra tous les États membres d'adopter et d'appliquer la Déclaration de Kyev en vue d'honorer leur engagement envers les droits de l'homme et la promotion de la santé pour tous.

Nata Menabde

Directrice régionale adjointe de l'OMS pour l'Europe

Remerciements

Nous tenons à remercier les experts suivants pour l'aide précieuse qu'ils ont apportée à la présente publication.

Isabel Yordi Aguirre, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Tomris Atabay, section Justice et intégrité, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne (Autriche)

Mark Bellis, Centre coordinateur du pôle Violence et santé, Université d'Édimbourg, Écosse (Royaume-Uni)

Rachel Brett, Bureau quaker auprès des Nations Unies, Genève (Suisse)

Michael Browne, Stratégie relative aux soins de santé et aux drogues, HMP and YOI Holloway, Londres (Royaume-Uni)

Ingrid Lycke Ellingsen, groupe d'experts sur la santé en prison, partenariat « Dimension septentrionale » en matière de santé publique et de bien-être social, Norvège

Andrew Fraser, centre collaborateur pour la santé en prison, Service pénitentiaire écossais, Royaume-Uni

Mignon French, Santé des délinquantes, ministère de la Santé, Londres (Royaume-Uni)

Alex Gatherer, conseiller temporaire, projet Santé en prison, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Fabienne Hariga, section VIH et sida, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne (Autriche)

Paul Hayton, centre collaborateur pour la santé en prison, ministère de la Santé, Londres (Royaume-Uni)

Dagmar Hedrich, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (Portugal)

Rachel Hunter, Santé des délinquantes, ministère de la Santé, Londres (Royaume-Uni)

Natalya Kalashnyk, Département d'État sur l'application des peines, Kyev (Ukraine)

Morag MacDonald, Groupe d'intérêt pour la recherche sur la santé des délinquantes, Université de la ville de Birmingham, Royaume-Uni

Ruth Elwood Martin, professeur clinicien, enquêteur-clinicien de proximité de la Vancouver Foundation, Vancouver (Canada)

Lesley McDowall, Soins de santé, HMP and YOI Cornton Vale, Service pénitentiaire écossais, Royaume-Uni

Nick McGeorge, représentant quaker, Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale

Sheila McNerney, Programme de dépistage du chlamydia de Leeds, Leeds (Royaume-Uni)

Katherine Moloney, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

Liz Scurfield, Conseil quaker des Affaires européennes, Bruxelles (Belgique)

Mia Spolander, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne (Autriche)

Nancy E. Stoller, Département des études communautaires, Université de Californie, Santa Cruz (États-Unis d’Amérique)

Laura Thorne, Prisons et justice pénale, Sainsbury Centre for Mental Health, Londres (Royaume-Uni)

Corey Weinstein, American Public Health Association, Washington, DC (États-Unis d’Amérique)

Nous remercions tout spécialement Alex Gatherer pour son aide et son soutien sans faille à la rédaction de cette publication.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Conseil quaker des Affaires européennes pour sa contribution financière à la Table ronde sur la santé des femmes en prison, organisée en juin 2008, et au centre collaborateur sur la santé en prison qui a accueilli la table ronde dans les bâtiments du ministère de la Santé à Londres (Royaume-Uni) en juin 2008.

Lars Møller, responsable, projet Santé en prison
Brenda van den Bergh, conseillère technique, projet Santé en prison
Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

Déclaration de Kyev sur la santé des femmes en prison

1. Nous, les représentants des ministères concernés par la santé en prison et reconnus par le gouvernement, le centre collaborateur de l'OMS au sein du ministère britannique de la Santé, les représentants de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, du Conseil quaker des Affaires européennes, du Bureau quaker auprès des Nations Unies, du Sainsbury Centre for Mental Health, de la Fondation sida Est-Ouest et d'autres organisations internationales spécialisées dans la santé en prison en Europe et aux États-Unis d'Amérique, **notons avec préoccupation** que les dispositions prises à l'heure actuelle par les systèmes pénaux pour la prise en charge des délinquantes ne répondent généralement pas à leurs besoins essentiels et sanitaires et, par conséquent, sont très loin de respecter les droits de l'homme et les exigences posées par les recommandations convenues par la communauté internationale et la justice sociale.

2. **Nous sommes conscients** du fait que les circonstances entourant la question des femmes en prison sont à la fois complexes et problématiques, et peuvent rendre très difficile la prise en compte de leurs besoins sanitaires.

- Alors que les femmes représentent une très faible proportion de la population carcérale générale (le niveau médian en Europe étant de 4,9 %, avec d'importantes disparités entre les pays), le nombre de femmes en prison croît actuellement plus vite que celui des hommes. L'Europe compte quotidiennement environ 100 000 femmes incarcérées.
- La majorité des délits pour lesquels les femmes sont incarcérées sont liés à la délinquance non violente, à l'abus matériel ou au trafic de stupéfiants. Comme la plupart d'entre elles purgent des peines de courte durée, le taux de renouvellement de la population féminine en prison est élevé.
- Comme les femmes sont souvent victimes de maltraitance physique et sexuelle en prison, les autorités carcérales et le personnel de garde doivent promouvoir leur dignité et leur sécurité, et les protéger de toute forme d'intimidation et d'abus. Les gardiens masculins ne devraient pas être responsables de la supervision directe des femmes. Ils ne devraient jamais être en contact physique de manière routinière avec elles, ni avoir accès à leur espace de vie ou aux salles de bains.
- Dans beaucoup de pays, le nombre de femmes incarcérées avant leur instruction est comparable ou même supérieur à celui des détenues condamnées. Les contacts entre les femmes ainsi incarcérées avant la tenue de leur procès et d'autres prisonnières peuvent être limités, et les possibilités de recevoir des soins de santé et de participer à des programmes de formation professionnelle peuvent être moins nombreuses. Il en est de même des contacts avec les membres de leur famille, qui peuvent être soumis à des restrictions, y compris les visites, une situation qui affecte de manière disproportionnée les mères ainsi que les enfants eux-mêmes.
- La prévalence des problèmes de santé mentale est élevée chez les femmes en prison et, le plus souvent, ces problèmes ne sont pas abordés de manière adéquate. La population féminine carcérale connaît généralement des taux élevés de stress post-traumatique et de troubles dus à la consommation de substances psychotropes. Les femmes incarcérées sont aussi plus susceptibles de s'infliger des blessures et de recourir au suicide que les hommes.
- La majorité des femmes en prison ont été victimes d'abus durant toute leur vie, notamment de maltraitements pendant l'enfance, de l'indifférence et de la violence domestique. Leur parcours criminogène et leur santé mentale et physique y sont d'ailleurs étroitement liés.

- Comme les femmes incarcérées d'origine étrangère, des plus jeunes aux plus âgées, constituent une minorité au sein d'une population carcérale déjà minoritaire, leurs besoins sont facilement négligés.
- Étant donné le nombre peu élevé de femmes en prison, les pays ne disposent en général que de peu d'établissements pour délinquantes. Les femmes sont donc souvent incarcérées loin de chez elles, ce qui entrave davantage les liens familiaux.
- Les femmes incarcérées sont majoritairement des mères de famille et, en général, la principale ou la seule personne en charge de leurs enfants. En Europe, on estime à environ 10 000 le nombre de bébés et d'enfants de moins de deux ans affectés par l'emprisonnement de leur mère. Or, ce nombre est bien plus élevé, pour atteindre des centaines de milliers, si l'on prend en compte tous les enfants de moins de 18 ans.
- Lorsque la femme accouche ou s'occupe d'un bébé en prison, il importe de mettre en place un système qui permette à la mère d'entourer son bébé de soins et d'établir des liens affectifs. L'âge limite auquel l'enfant peut rester avec sa mère en prison varie largement en Europe, mais il est en général de trois ans.
- En milieu carcéral, la prévalence du VIH et d'autres maladies à diffusion hématogène et infections sexuellement transmissibles est souvent plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- Il existe un manque d'informations concrètes, fiables et comparables sur la prévalence de la toxicomanie et les comportements à risque, et sur les besoins des femmes en matière de services et les services dispensés en prison. Ces informations pourraient inspirer la planification de services sanitaires adéquats (y compris le traitement pour toxicomanie) et faciliter l'évaluation de leur qualité et de leur efficacité.

3. **Nous acceptons** le fait que les bases factuelles mettent clairement en évidence les disparités et déficiences inadmissibles dans beaucoup de régions d'Europe.

- L'environnement carcéral ne tient pas toujours compte des besoins spécifiques des femmes, par exemple un traitement adéquat en matière de nutrition, de santé et d'exercice physique pour les femmes enceintes, et des conditions d'hygiène renforcées en raison de la menstruation, comme la possibilité de se doucher régulièrement et la fourniture gratuite d'articles sanitaires dont on peut se débarrasser de manière appropriée.
- Les maladies mentales, y compris les problèmes liés à la toxicomanie et les traumatismes, sont rarement prises en compte. Il existe des lacunes en ce qui concerne les normes reconnues en matière de traitements fondés sur des bases factuelles, tels que la thérapie de substitution, la psychothérapie, les services de conseil, la formation, le soutien des pairs et les mesures de réduction des risques.
- Il existe souvent des carences en matière de formation du personnel de prison. En effet, il conviendrait de généraliser, dans tous les systèmes, une formation tenant compte des différences hommes/femmes et des besoins sanitaires spécifiques de la population carcérale féminine.
- Bon nombre de systèmes carcéraux ont du mal à établir un équilibre entre, d'une part, le respect et la dignité des femmes en prison et, d'autre part, les impératifs de surveillance et de sécurité lors de la dispensation des soins et des traitements.
- Il n'est pas rare qu'une femme incarcérée se rende compte en même temps qu'elle est enceinte et infectée par le VIH. Les conséquences psychologiques dues à l'emprisonnement, une nouvelle grossesse et la découverte d'une infection à VIH peuvent être dévastatrices

pour la femme en question, et cette problématique est rarement prise en compte de manière adéquate en milieu carcéral.

- La mise en œuvre d'un système efficace d'inspection et de surveillance en prison, par un organe indépendant couplé à un mécanisme de plaintes et de réclamations confidentiel, est essentielle si l'on veut prévenir la violence et la maltraitance. De tels systèmes font souvent défaut.
- Les politiques et programmes carcéraux sont rarement adaptés aux besoins spécifiques des femmes, notamment dans le domaine essentiel des programmes de préparation à la mise en liberté et de réinsertion.
- Les interventions liées à la mise en liberté, notamment celles visant de manière spécifique à réduire le risque aigu de mortalité due à la toxicomanie chez les femmes dans les premières semaines qui suivent leur libération, sont très importantes mais sont rarement mises en œuvre.
- La continuité (continuum) des soins après la libération est d'une extrême importance, une responsabilité qui devrait incomber à la fois au personnel de la prison, au personnel de santé ainsi qu'aux services d'aide sociale. Or, souvent, cette continuité des soins n'est pas garantie.

4. Nous **soutenons pleinement la présente Déclaration de Kye**v et nous engageons, par tous les moyens qui nous sont disponibles, à attirer l'attention des pouvoirs publics et des responsables politiques sur les principales recommandations qui suivent.

Les pouvoirs publics et responsables politiques des États membres devraient impérativement examiner leurs politiques et services actuels de manière à répondre aux besoins des femmes en matière de soins de santé essentiels, préventifs et curatifs à tous les stades du système pénal et, le cas échéant, procéder à des changements afin de respecter les critères suivants.

- 4.1 **L'importance sous-jacente des droits de l'homme** devrait sous-tendre toute réflexion et tout processus d'élaboration de politiques concernant des personnes en détention obligatoire, quelles qu'elles soient.
- 4.2 Les **principes importants** à respecter lors de la prise de décisions en vue d'améliorer les pratiques actuelles devraient intégrer les critères suivants.
 - **La détention et l'emprisonnement avant l'instruction** devraient constituer une solution de dernier recours si les femmes ont commis des délits non violents et si elles ne représentent aucun risque pour la société. Il faut éviter autant que possible l'incarcération de femmes enceintes ou de mères d'enfants en bas âge, une mesure qui ne doit être envisagée que si aucune solution de rechange n'est possible ou appropriée.
 - Toutes les politiques ayant une incidence sur les femmes dans le système pénal doivent **reconnaître les besoins spécifiques dus à leur sexe, ainsi que les importantes différences pouvant exister à cet égard** au sein même de la population féminine.
 - La dispensation des services de santé et l'élaboration des programmes sanitaires doivent prendre en compte de manière spécifique **les maladies mentales, en particulier les troubles dus à la consommation de substances psychotropes et ceux liés au stress post-traumatique**. Il s'agit là d'une condition essentielle à tout système de soins de santé en milieu carcéral.
 - **Le facteur principal et déterminant** dans les décisions relatives à l'incarcération des femmes, si des enfants sont concernés, doit être **l'intérêt supérieur de ces derniers**. Il s'agit

notamment d'accorder la priorité aux besoins des enfants lorsque l'on envisage la possibilité et la durée de leur séjour avec leur mère en prison.

- Les services sanitaires en milieu carcéral doivent reconnaître les besoins spécifiques aux femmes en matière de soins de santé. Ils doivent être personnalisés, définis et dispensés **de manière holistique et en toute humanité**.

4.3 Les services essentiels doivent inclure les aspects suivants :

- un **examen initial complet et détaillé** d'abord lors de l'incarcération et régulièrement durant tout le parcours de détention. Il doit porter sur les conditions socioéconomiques et la formation, les antécédents médicaux et traumatiques, la situation sanitaire actuelle et une évaluation des compétences acquises ou nécessaires ;
- un **plan de soins, de traitement et de développement personnalisé**, fruit d'efforts menés conjointement entre les différents dispensateurs de soins de santé et tous les autres personnels susceptibles de s'occuper des soins et de la garde des délinquantes et ce, en consultation avec les principales intéressées ;
- des services de **soins de santé primaires** dispensés en milieu carcéral, qui sont expliqués aux femmes durant l'importante période d'intégration ; on doit également bien leur faire connaître leurs droits à l'accès (y compris l'accès d'urgence) aux services, à la confidentialité, à la vie privée et aux activités d'information sanitaire et de promotion de la santé, de préférence par une brochure facilement compréhensible ;
- **des soins de santé spécialisés**, qui sont facilement dispensés et adaptés en fonction des besoins des femmes, notamment dans les domaines suivants : les soins psychiatriques, y compris l'aide apportée en cas d'antécédents de maltraitance et de troubles liés au stress post-traumatique ; les maladies chroniques, l'infection à VIH et le sida (y compris les services de conseil et de soutien), l'hépatite, la tuberculose et autres maladies infectieuses ; la toxicomanie et l'alcoolisme ; les troubles de l'apprentissage ; et la santé génésique, avec accès à des soins de santé spécialisés qui sont expliqués aux détenues lors de l'examen de leur plan de soins personnels ;
- **des préparatifs à la mise en liberté qui soient planifiés et réalisés de manière adéquate afin d'assurer la continuité des soins et l'accès aux services sanitaires et d'autres services après la libération des détenues** ; les soins de santé et l'aide sociale ne peuvent être dispensés indépendamment des services disponibles dans la société libre ; tout comme le personnel sanitaire et infirmier doit entretenir des contacts professionnels avec ses pairs, tous les services en milieu carcéral doivent entretenir d'excellents liens avec les services équivalents à l'extérieur.

4.4 Les services et démarches exposés ci-dessus ont des chances de réussite si le **rôle des pouvoirs publics, des décideurs politiques et des hauts responsables** est à la fois compris, accepté et appliqué. De manière générale, les conditions suivantes sont requises :

- le système pénal doit servir l'intérêt des femmes placées sous leur garde, de manière à répondre facilement aux besoins sanitaires spécifiques à leur sexe et aux autres besoins ;
- chaque établissement pénitentiaire tenu d'héberger des délinquantes doit avoir élaboré une politique démontrant, par écrit, que les pratiques menées en son sein prennent en considération les besoins spécifiques aux femmes, et que le personnel a suivi une formation tenant compte des différences hommes/femmes ;

- si des enfants sont concernés, il est manifeste que leurs besoins et leur intérêt supérieur doivent être les premiers facteurs à prendre en compte dans le cadre des services fournis.
5. **Nous avons convenu** de collaborer avec le projet Santé en prison de l’OMS et ses partenaires de manière à ce **qu’au cours de ces trois prochaines années**, des recommandations sur la mise en œuvre de la présente Déclaration puissent être émises sur la base de l’expérience acquise grâce aux initiatives et aux bonnes pratiques déjà en place en différents endroits de la Région européenne de l’OMS, et rendues disponibles à tous les pays d’Europe. Dans le cadre de leur mandat respectif, l’OMS, l’Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et l’Observatoire européen des drogues et des toxicomanies œuvreront ensemble à améliorer la surveillance de la santé en prison, y compris les problèmes de toxicomanie. Nous examinerons comment nous pouvons aider tous les pays à surveiller les progrès réalisés pour améliorer les services disponibles aux femmes dans l’ensemble du système pénal, les rendre plus équitables et mieux les adapter aux spécificités de leur sexe.

Introduction

La nécessité d'une déclaration sur la santé des femmes en prison

Comme les peines d'emprisonnement ont été conçues par des hommes pour des hommes, les femmes sont toujours l'exception. Il est donc difficile de trouver des solutions adaptées aux besoins des femmes incarcérées. (Kurten-Vartio, 2007)

Les femmes constituent un groupe particulier de la population carcérale à cause de leur sexe. Bien que les caractéristiques et, partant, les besoins des prisonnières puissent varier considérablement d'un pays à l'autre, plusieurs facteurs généraux peuvent néanmoins être dégagés. Il s'agit notamment de nombreux troubles mentaux, d'un niveau élevé de toxicomanie et d'alcoolisme, des maltraitements sexuelles et physiques subies par la majorité des femmes avant ou pendant leur détention, la non prise en considération des besoins spécifiques aux sexes en matière de soins de santé et d'autres problèmes liés à la responsabilité des femmes envers leurs enfants et leur famille. Beaucoup de femmes incarcérées sont aussi mères d'enfants en bas âge, et souvent la principale ou la seule personne en charge de ces enfants avant leur emprisonnement.

En prison, les femmes ont les mêmes droits que les hommes, mais elles ont rarement un accès égal à ces droits. Comme les systèmes carcéraux ont surtout été conçus pour les hommes (plus de 95 % de la population carcérale dans la plupart des pays), les politiques et processus en la matière ne répondent pas aux besoins sanitaires spécifiques des femmes. Les données sur la santé des femmes en prison et les soins de santé qui leur sont dispensés sont très peu nombreuses, dans la mesure où la plupart des données relatives aux prisons ne tiennent pas compte des différences liées au sexe.

La situation sanitaire des détenus est généralement bien plus précaire que celle de la population générale, et les besoins sanitaires des femmes peuvent être sérieusement négligés dans un système carcéral à dominance masculine. La plupart des femmes incarcérées ont des antécédents de maltraitance physique et sexuelle, d'alcoolisme et de toxicomanie. La plupart d'entre elles n'ont pas reçu de soins de santé adéquats avant leur incarcération. En général, les femmes souffrent davantage de problèmes mentaux en prison qu'à l'extérieur. Une victimisation antérieure en est souvent la cause. Les maladies psychiatriques sont souvent à la fois une cause et une conséquence de l'incarcération, et les pourcentages d'actes autodestructeurs et de suicides sont beaucoup plus élevés chez les prisonnières que chez les détenus masculins. Ces deux pourcentages sont plus élevés que dans la population générale.

On ignore souvent que l'incarcération des femmes représente généralement un coût social plus important pour la famille et la collectivité que l'incarcération des hommes. La désintégration de la famille, les problèmes auxquels sont confrontés à long terme les enfants placés et une perte de l'esprit de communauté et de cohésion sont autant de facteurs qui rendent les conséquences sociales de l'incarcération des femmes beaucoup plus graves que celles induites par l'incarcération des hommes.

Le présent document sert de référence à la Déclaration de Kyeve sur la santé des femmes en prison qui a été examinée et adoptée lors de la Conférence internationale de l'OMS sur la santé en prison tenue en novembre 2008.

Ce document s'inspire des bases factuelles émanant de la littérature spécialisée, et des meilleures preuves scientifiques fournies par les experts de la santé des femmes en prison et dont les noms figurent dans la section Remerciements.

Les objectifs d'une déclaration sur la santé des femmes en prison

Les objectifs d'une déclaration sur la santé des femmes en prison sont les suivants :

1. sensibiliser les pays de la Région européenne de l'OMS à la situation actuelle en matière de santé et de soins de santé dispensés aux femmes dans les prisons européennes ;
2. appeler à une amélioration très sensible de la situation actuelle par l'application des recommandations de l'OMS sur les aspects suivants :
 - une démarche générale en vue de l'instauration d'une justice pénale plus acceptable et adaptée aux spécificités des sexes, avec une attention particulière pour les droits de toutes les femmes et de tous les enfants concernés ;
 - le volume et la qualité des soins de santé à dispenser en milieu carcéral, qui devraient au moins largement correspondre à ceux dispensés à l'extérieur ;
 - la mise en œuvre de méthodes satisfaisantes afin de garantir la continuité des soins.

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent au présent document.

Prisonnier étranger : une personne qui n'est ni un citoyen légal ni un résident permanent du pays où il ou elle est incarcéré(e).

Mineure : une personne de sexe féminin âgée de moins de 18 ans.

Femme âgée : une personne de sexe féminin de 50 ans et plus.

Prison (ou établissement pénitentiaire) : un lieu de détention obligatoire où sont incarcérées les personnes avant l'instruction de manière préventive, pendant l'instruction ou comme châtiment à la suite d'une condamnation criminelle (la définition n'inclut pas les cellules dans les postes ou commissariats de police).

Prisonnier (ou détenu) : une personne incarcérée en prison, attendant son instruction ou purgeant une peine de prison.

Femme en prison (ou prisonnière) : une personne de sexe féminin d'au moins 18 ans, incarcérée en prison, attendant son instruction ou purgeant une peine de prison.

Santé des femmes : un état de « bien-être mental, physique, spirituel et social complet » chez toutes les personnes de sexe féminin sans distinction d'âge (de la naissance à l'âge adulte), de classe socioéconomique, de race, d'ethnicité et de lieu géographique.

Les femmes, la prison et la société

Cette section présente des données scientifiques et des recommandations par des agences internationales, des experts et autres spécialistes de la santé des femmes en prison.

Faits et chiffres

1. Plus d'un demi-million de femmes adultes et de mineures sont incarcérées dans le monde, de manière préventive ou à la suite d'une condamnation. L'Europe compte environ 100 000 femmes et jeunes filles en prison (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Les femmes représentent en fait une très faible proportion de la population carcérale générale dans le monde, soit habituellement entre 2 et 9 % de la population carcérale d'un pays. Seuls 12 systèmes carcéraux de par le monde accusent un pourcentage plus élevé. Le niveau médian européen est de 4,4 %. En Europe, c'est l'Espagne qui compte le plus haut pourcentage de prisonnières (près de 8 %), et c'est l'Azerbaïdjan qui en compte le moins (moins de 1,5 %) (Walmsley, 2006 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009).

2. Bien que les femmes soient minoritaires au sein des populations carcérales du monde entier, le nombre de prisonnières est en hausse. Cette augmentation s'explique en partie par la tendance mondiale à une popularité et une application accrues de l'emprisonnement, et à une sous-utilisation correspondante de toute autre sanction constructive et non privative de liberté. Cela concerne particulièrement les délits liés au trafic de drogue et aux vols sans violence (Penal Reform International, 2007). Il serait possible de s'occuper plus efficacement de la plupart des délinquantes emprisonnées pour une infraction liée à la drogue en recourant à d'autres solutions qu'une incarcération, en ciblant spécifiquement le problème de toxicomanie (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). En outre, le taux d'accroissement du nombre de prisonnières est bien supérieur à celui des détenus masculins (Bastick, 2005). À titre d'exemple, en Angleterre et au pays de Galles, ce taux a augmenté de plus de 200 % au cours de ces dix dernières années, contre une hausse de 50 % de la population carcérale masculine pendant la même période (Prison Reform Trust, 2006). Cette augmentation est en partie imputable au déplacement de femmes à l'échelle planétaire, en raison de conflits armés, de troubles sociaux, de crises économiques et de systèmes pénaux ne prenant pas en compte les différences liées au sexe.

3. Comme la plupart des prisonnières purgent des peines de courte durée, le taux de renouvellement de la population carcérale féminine est élevé. La majorité des délits pour lesquels les femmes sont incarcérées sont liés à la délinquance non violente, à l'abus matériel ou au trafic de stupéfiants (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007). Dans le monde, les femmes sont plus souvent emprisonnées pour une infraction liée aux drogues que pour tout autre délit (Taylor, 2004). Les passeurs de drogues ont souvent recours à des femmes, généralement originaires de pays à faible revenu, pour la contrebande de drogues d'un pays à l'autre et ce, pour des sommes dérisoires (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

4. Dans beaucoup de pays, le nombre de femmes incarcérées avant leur instruction est comparable ou même supérieur à celui des détenues condamnées (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Les contacts entre les femmes ainsi incarcérées avant la tenue de leur procès et d'autres prisonnières peuvent être limités, et les possibilités de recevoir des soins de santé et de participer à des programmes de formation professionnelle peuvent être moins nombreuses. Il en est de même des contacts avec les membres de leur famille, qui peuvent

être soumis à des restrictions, y compris les visites, une situation qui affecte de manière disproportionnée les mères et leurs enfants (Penal Reform International, 2007).

5. Les prisonnières viennent de milieux défavorisés. Beaucoup ont des antécédents de maltraitance physique et sexuelle, d'alcoolisme et de toxicomanie, et ont reçu des soins de santé inadéquats avant leur incarcération (Penal Reform International, 2007). En outre, les femmes envoyées en prison sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale que les détenus masculins, des troubles d'ailleurs souvent liés à la violence domestique et à la maltraitance physique et sexuelle (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

6. Comme il existe peu de prisons destinées aux femmes, on incarcère souvent ensemble les délinquantes ayant commis toute une série d'infractions différentes. Dès lors, le régime carcéral généralement mis en place est déterminé par les conditions de sécurité maximale exigées pour un nombre très limité de prisonnières à haut risque. Les conditions générales de sécurité sont conçues pour une population masculine et sont, par conséquent, discriminatoires envers les femmes qui sont le plus souvent incarcérées pour des délits non violents, ne nécessitant pas un haut niveau de sécurité (Penal Reform International, 2007).

Les normes en matière de droits de l'homme et les conventions internationales

Le concept d'égalité signifie bien plus que traiter toutes les personnes de la même manière. Le traitement égal des personnes dans des situations inégales œuvrera à la perpétuation plutôt qu'à l'éradication de l'injustice. (Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1994).

7. Les femmes incarcérées sont toujours couvertes par la législation relative aux droits de l'homme. Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme (Nations Unies, 1948), l'État peut seulement limiter l'exercice des droits et la jouissance des libertés des personnes – y compris les droits et les libertés d'une personne incarcérée – « en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique ».

La principale norme des Nations Unies relative aux droits de la femme, et dont s'inspire les actions visant à assurer l'égalité entre les sexes, est la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Nations Unies, 1979). Aux termes de l'article 2, les États parties :

... condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et, à cette fin, s'engagent à :

- a) inscrire dans leur constitution nationale ou toute autre disposition législative appropriée le principe de l'égalité des hommes et des femmes, si ce n'est déjà fait, et à assurer par voie de législation ou par d'autres moyens appropriés, l'application effective dudit principe ;
- b) adopter des mesures législatives et d'autres mesures appropriées assorties, y compris des sanctions en cas de besoin, interdisant toute discrimination à l'égard des femmes ;
- c) instaurer une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et garantir, par le truchement des tribunaux nationaux compétents et d'autres institutions publiques, la protection effective des femmes contre tout acte discriminatoire ;
- d) s'abstenir de tout acte ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes et faire en sorte que les autorités publiques et les institutions publiques se conforment à cette obligation ;

- e) prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination pratiquée à l'égard des femmes par une personne, une organisation ou une entreprise quelconque ;
- f) prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes ;
- g) abroger toutes les dispositions pénales qui constituent une discrimination à l'égard des femmes.

8. Les principales normes internationales relatives à la protection des droits des détenus et s'assurant que ces derniers sont traités de manière à faciliter leur réinsertion sociale sont notamment les suivantes :

- les Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Nations Unies, 1955) ;
- les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (Nations Unies, 1990) ;
- les règles pénitentiaires européennes 2006 (Conseil de l'Europe, 2006) ;
- la résolution du Parlement européen (2008) sur la situation particulière des femmes en prison et l'impact de l'incarcération des parents sur la vie sociale et familiale ;
- l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement (Nations Unies, 1988) ;
- la Convention européenne sur la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 2004).

Ces normes constituent les principes fondamentaux qui sont valables dans les systèmes et établissements pénitentiaires du monde entier, et s'appliquent à tous les détenus sans discrimination.

Les Règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Nations Unies, 1955) et d'autres normes interdisent la discrimination en fonction de la race, de la couleur, du sexe, de la langue, de la religion, des opinions politiques et autres, de l'origine nationale ou sociale, de la propriété, de la naissance ou de tout autre statut.

Selon le principe 5 de l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement (Nations Unies, 1988) :

Les mesures appliquées conformément à la loi et destinées exclusivement à protéger les droits et la condition particulière des femmes, surtout des femmes enceintes et des mères d'enfants en bas âge, des enfants, des adolescents et des personnes âgées, malades ou handicapées ne sont pas réputées être des mesures discriminatoires. La nécessité de ces mesures et leur application pourront toujours faire l'objet d'un examen par une autorité judiciaire ou autre.

Dès lors, il est manifeste que la prise de mesures spéciales visant à répondre aux besoins particuliers des femmes en prison ne sont pas discriminatoires en elles-mêmes.

Les femmes en prison et la société

Relations

9. Quand les femmes sont incarcérées, elles sont séparées de leur famille et de leur réseau de soutien social. L'un des défis posés aux détenus une fois libérés est de rétablir ces relations.

Faciliter l'organisation de visites constitue dès lors une étape très importante de ce processus (Penal Reform International, 2007).

10. Comme la population carcérale féminine est moins nombreuse que la population masculine, il existe moins de prisons pour femmes. Par conséquent, celles-ci sont souvent placées dans des établissements situés très loin de leur foyer et de leur famille, ce qui entrave largement le maintien de liens familiaux solides (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007). La distance ainsi que les frais encourus pour rendre régulièrement visite aux prisonnières constituent donc un obstacle majeur (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Leur incarcération loin de leur lieu d'origine et de leur foyer rend particulièrement difficile la réinsertion des femmes une fois libérées.

Incarcération des mineures

11. Comme le cas des mineures peut être facilement négligé dans le système judiciaire juvénile dans la mesure où elles ne représentent qu'un groupe restreint, une attention particulière doit être accordée à leurs besoins spécifiques.

12. Le nombre de mineures confrontées au système judiciaire juvénile a considérablement augmenté ces dernières années. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, les jeunes filles concourent actuellement à environ 25 % de la population totale des établissements de détention juvénile (Kelly et al., 2007). Cependant, la proportion de mineures dans la population carcérale féminine totale est peu élevée (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007).

13. Étant donné leur petit nombre, les mineures sont parfois incarcérées dans les mêmes sections que les femmes adultes. Or, selon les normes internationales, les mineures et les femmes adultes doivent être incarcérées séparément. Cependant, si cette séparation était de nature à limiter les possibilités de formation par rapport à un système où toutes les détenues sont emprisonnées ensemble, des mesures de protection devraient être prises de manière à éviter tout contact entre les mineures et les femmes adultes avec un long et sérieux passé criminel. Les jeunes filles incarcérées peuvent avoir les mêmes problèmes et souvent les mêmes antécédents que les détenues adultes. Par exemple, certaines de ces mineures peuvent aussi être mères, et être la principale ou la seule personne en charge de leurs enfants.

14. Peu de connaissances sont disponibles sur les besoins sanitaires des mineures incarcérées, mais plusieurs indicateurs suscitent des préoccupations en termes de toxicomanie, de problèmes de santé mentale, de manque d'hygiène sexuelle et d'état précaire de la santé physique générale (Douglas & Plugge, 2008). Par exemple, les mineures sont de plus en plus exposées au risque d'infection à VIH et peuvent aussi avoir des enfants.

Incarcération des femmes âgées

15. Les femmes âgées (plus de 50 ans) représentent une petite proportion de la population carcérale féminine totale. Néanmoins, leur incarcération pose des problèmes spécifiques, comme la possibilité d'une libération compassionnelle et des besoins (sanitaires et autres) particuliers.

16. En tant que minorité au sein d'une population déjà minoritaire, les besoins des femmes âgées en prison font rarement l'objet d'une attention particulière. Cependant, les prisonnières plus âgées peuvent avoir besoin de soins de santé plus importants et souvent plus spécifiques que les détenues plus jeunes. Chez certaines de ces femmes, les effets de la ménopause peuvent notamment influencer sur leurs besoins sanitaires, et elles peuvent avoir aussi des besoins différents en matière de soins

de santé personnels (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007). En outre, elles peuvent nécessiter des dispositions spéciales eu égard à certains problèmes et contraintes physiques.

Incarcération d'étrangères

17. Les étrangers sont largement surreprésentés dans le système pénal de la plupart des pays d'Europe. En moyenne, plus de 30 % des femmes incarcérées de nationalité étrangère le sont pour des délits liés au trafic de stupéfiants (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007 ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

Une autre raison expliquant l'incarcération de femmes étrangères est leur présence illégale dans le pays. Elles peuvent aussi avoir à leur charge des enfants dans le pays d'incarcération ou dans leur pays d'origine, et leur statut de parent devrait toujours être pris en compte par le pouvoir judiciaire et le système pénal (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

Les enfants des mères en prison

18. La problématique des femmes en prison doit aussi inclure la question des enfants des mères incarcérées. La résolution A/RES/58/183 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2003) relative aux droits de l'homme dans l'administration de la justice invite « les gouvernements, les organes internationaux et les organes régionaux compétents, les organismes nationaux et les organisations non gouvernementales qui s'occupent des droits de l'homme à prêter une attention accrue à la question des femmes en prison, y compris les enfants des prisonnières, en vue de cerner les principaux problèmes qui se posent et d'examiner les moyens de s'y attaquer ... ».

19. Les prisonnières sont majoritairement des mères de famille et, en général, la principale ou la seule personne en charge de leurs enfants. Des recherches menées dans un grand nombre de pays ont démontré que, lorsque le père est incarcéré, c'est la mère qui continue à s'occuper des enfants. Cependant, dans le cas contraire, il est fréquent que le père n'assume plus la charge des enfants, et un grand nombre d'entre eux sont finalement placés en institution (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Par exemple, au Royaume-Uni, quand les mères sont incarcérées, les pères ne s'occupent plus de leurs enfants dans 80 % des cas (Anne Owers, Salter Lecture, Yearly Meeting, Quakers in Britain, 23 mai 2008). La détention préventive des femmes avant l'instruction et les peines de courte durée peuvent aussi avoir un impact négatif sur la cohésion de la famille.

La Howard League for Penal Reform, une organisation non gouvernementale du Royaume-Uni, estime à environ 10 000 le nombre d'enfants de moins de deux ans qui, en Europe, subissent les conséquences de l'emprisonnement de leur mère (Conseil de l'Europe, 2000). Ce nombre est encore plus important quand on prend en compte les enfants de moins de 18 ans, et atteint plusieurs centaines de milliers.

20. Dans beaucoup de pays, les bébés nés en prison restent avec leur mère, et les très jeunes enfants peuvent accompagner leur mère après leur incarcération. Il existe d'ailleurs de grandes différences d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays en ce qui concerne les installations et les services carcéraux. Des sections pour femmes et bébés sont prévues dans certains pays, avec des services spéciaux encadrant les mères et le développement de l'enfant. Parfois, les bébés sont en prison sans reconnaissance ou surveillance officielle de l'État, et sans qu'aucun service spécialisé ne soit mis en place pour répondre à leurs besoins. Souvent, en milieu carcéral, les services visant à garantir la sécurité, la santé et le développement de l'enfant font défaut ou sont inadéquats. Néanmoins, plusieurs études (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime,

2008) ont démontré que les jeunes enfants séparés de force de leur mère subissent des troubles du développement et des problèmes émotionnels à long terme.

Une fois séparées de leurs enfants, les mères risquent aussi de ne plus jamais les revoir ou de perdre leur trace. Si les frais induits par l'organisation des visites en prison en sont parfois la cause, cette situation peut être due aussi au rejet par la mère des membres de sa famille s'occupant des enfants, ou simplement au fait qu'elle ait perdu la garde de ces derniers (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Ces problèmes mentaux ou troubles du développement tendent à poursuivre les enfants pendant toute leur vie.

Quelle que soit la solution adoptée, à savoir la garde des enfants en prison ou la séparation d'avec leur mère, on reste confronté à de graves problèmes et dilemmes. Dans toutes les décisions relatives au sort de l'enfant dont la mère est incarcérée, il importe de donner la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant (Bastick, 2005).

En effet, les préférences des enfants doivent toujours entrer en considération, et les politiques carcérales doivent promouvoir et faciliter la participation des enfants à la prise de décisions, en tenant dûment compte de leur âge (Alejos, 2005).

Dans l'affaire *M contre l'État*, la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud (2007) a déclaré que le principe selon lequel « l'intérêt supérieur de l'enfant revêt une importance primordiale chaque fois qu'un enfant est concerné », stipulé dans la Constitution, doit être appliqué en cas de condamnation de la principale personne en charge d'un enfant. En outre, elle a émis des recommandations afin de « promouvoir l'uniformité de principe, la cohérence du traitement et la personnalisation du résultat ».

21. L'âge jusqu'auquel les enfants sont autorisés à rester en prison avec leur mère varie considérablement d'un endroit à l'autre de la Région européenne de l'OMS. S'il peut aller de zéro à six ans, l'âge limite est le plus souvent de trois ans dans les prisons européennes. La Norvège est le seul pays d'Europe qui interdise totalement aux enfants de rester avec leur mère en prison (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007). Il peut exister une corrélation entre la catégorie d'établissement pénitentiaire, la durée moyenne de la condamnation et la politique réglementant le séjour des enfants avec leur mère en prison. Par exemple, cet âge limite est souvent beaucoup plus élevé dans les prisons ouvertes. L'environnement et les services peuvent en effet être plus adéquats pour les enfants.

22. Les contacts entre les mères incarcérées et leurs enfants restés à l'extérieur peuvent être sérieusement limités et/ou restreints de manière inappropriée. Dans certains pays, les mères sont temporairement séparées (par exemple, en interrompant les visites) de leurs enfants afin de les punir (Robertson, 2008). La présence ou la visite des enfants est bien souvent essentielle aux prisonnières car cela les aide à survivre dans l'environnement carcéral. La rupture des liens avec l'enfant constitue généralement la forme de punition la plus sévère pour la mère (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008), et affecte gravement sa santé physique et mentale. De telles mesures punissent également l'enfant, qui est innocent.

23. L'incarcération loin de leur foyer est vécue très difficilement par les femmes qui ont des enfants. Des études ont démontré que le maintien du contact et des liens avec les enfants réduisait les risques de récidive après la libération des prisonnières (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007).

24. Les enfants des prisonnières n'ont commis aucun crime et ne doivent donc pas être pénalisés. La qualité de vie des enfants restant en prison avec leur mère doit être au moins comparable à celle qu'ils auraient à l'extérieur. Les établissements pénitentiaires doivent garantir une bonne nutrition, prévoir des aires de jeu appropriées et, le cas échéant, des jardins d'enfants. L'intérêt supérieur des enfants doit toujours être prioritaire (Robertson, 2008). Des dispositions doivent être prises de manière à ce que les enfants puissent quitter la prison à tout moment si c'est dans leur meilleur intérêt (Alejos, 2005).

25. Les enfants restés à l'extérieur et dont l'un des parents est incarcéré peuvent connaître tout un ensemble de problèmes psychosociaux pendant la période d'emprisonnement, notamment : dépression, hyperactivité, comportement agressif, repli sur soi-même, régression, comportement de cramponnement, troubles du sommeil et de l'alimentation, fugues, absentéisme scolaire, faibles performances scolaires et délinquance. En outre, la séparation parentale peut être vécue comme une désertion ou un abandon, ce qui peut accroître la souffrance des enfants (Bureau quaker des Affaires européennes, 2007).

Santé des femmes en milieu carcéral

La nécessité de soins de santé spécifiques pour les femmes

26. Les détenues ont souvent plus de problèmes de santé que les prisonniers masculins. Comme cela a été mentionné auparavant, nombre d'entre elles souffrent de pathologies chroniques et complexes résultant de vies marquées par la pauvreté, la toxicomanie, les violences familiales, les agressions sexuelles, les grossesses à l'adolescence, la malnutrition et des soins de santé médiocres (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a). Chez les prisonnières toxicomanes, la prévalence de la tuberculose, de l'hépatite, de toxémies, de l'anémie, de l'hypertension, du diabète et de l'obésité est plus élevée que chez les détenus masculins. Les maladies mentales sont surreprésentées chez les femmes en prison, puisque 80 % d'entre elles ont un trouble mental identifiable. Deux tiers d'entre elles souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique (Zlotnick, 1997) et deux tiers d'un trouble lié à l'usage de substances toxiques (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007b). La fréquence de comorbidités est élevée. La maladie mentale est souvent en corrélation avec une victimisation antérieure (Zlotnick, 1997). Les prisons pour femmes requièrent d'organiser les soins de santé dans un cadre adapté au sexe féminin, avec une attention particulière pour la santé génésique, les maladies mentales, les problèmes de toxicomanie et les abus physiques et sexuels. Les femmes incarcérées devraient avoir accès à tous les services accessibles aux femmes en milieu libre, et ce dans des délais raisonnables. Comme pour l'ensemble des prisonniers, la confidentialité des dossiers médicaux devrait toujours être garantie.

27. Les femmes incarcérées en Europe occidentale ont tendance à requérir plus de services de santé que les hommes. En Italie, par exemple, les détenues demandent à voir un médecin ou une infirmière à peu près deux fois plus souvent que les prisonniers masculins. Ce ratio pourrait même être plus élevé encore dans d'autres pays d'Europe occidentale. Cette demande plus importante de services de santé chez les détenues est motivée notamment par le fait qu'elles ont plus besoin de soins en raison d'antécédents de violence et d'abus, de problèmes de toxicomanie et des nécessités de la procréation.

28. Il faudrait tenter de répondre à certains des besoins spécifiques des femmes en prison en profitant de leur temps d'incarcération pour leur apprendre à prévenir les maladies, notamment le

VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles, et à se maintenir en bonne santé. Il faudrait également proposer des programmes de formation professionnelle.

Étant donné le style de vie chaotique de bon nombre des femmes qui entrent en prison, leur période d'incarcération sera peut-être le premier moment de leur vie où elles auront accès à des soins de santé, à une aide sociale et à des conseils. Dès lors, les programmes d'information, de prévention et de dépistage pour détenues sont essentiels, et il conviendrait d'accorder une attention particulière à différents groupes de femmes et à leurs besoins spécifiques. Une option encore meilleure serait de faire passer des tests aux femmes à leur entrée en prison et, si nécessaire, de les faire participer à des programmes spéciaux proposés en milieu libre.

29. Souvent, les besoins spécifiques des femmes en matière de soins de santé restent insatisfaits en prison. L'environnement carcéral ne tient pas toujours compte des besoins spécifiques aux femmes, comme un accès régulier à des douches, la nécessité accrue de produits de soins personnels due à la menstruation, la nécessité de rendre les serviettes hygiéniques et articles similaires disponibles gratuitement et de les éliminer correctement, ainsi qu'une alimentation adéquate pour les femmes enceintes et celles qui souffrent de maladies telles que le VIH. Les fonctions humaines normales des femmes, comme la menstruation, la reproduction et la nécessité de faire de l'exercice, sont trop souvent médicalisées. Par exemple, le personnel soignant n'a pas besoin d'approuver ou de gérer l'accès à des serviettes hygiéniques ou articles similaires, ou à l'exercice dans le cas de femmes en bonne santé.

Organisation des services de santé pour les détenues

30. Tous les agents pénitentiaires travaillant avec des détenues devraient avoir suivi une formation tenant compte de la spécificité des sexes et une formation sur les besoins sanitaires spécifiques aux femmes en prison. Il conviendrait de ne pas porter atteinte à la sécurité des détenues et au respect de leur vie privée en employant des agents masculins pour certaines responsabilités ou en permettant à des agents masculins d'effectuer certaines tâches, comme la fouille par palpation (Weinstein, 2005). Le souci de la sécurité et du respect de la vie privée des femmes s'applique également aux modalités de transport d'une prison à l'autre et entre prisons et hôpitaux.

Dans l'ensemble du système de justice pénale, le personnel des tribunaux, les avocats et les juges doivent recevoir une formation sur les services de santé existants en milieu carcéral et les besoins sanitaires spécifiques des femmes, et être capables d'en tenir compte lorsqu'ils prononcent une sentence contre des femmes ou les défendent au cours du procès.

31. Les femmes incarcérées ont besoin d'un accès gratuit à une gamme complète de services sanitaires et dentaires, comme cela a été exposé dans l'ouvrage *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health* (La santé dans les prisons : un guide de l'OMS sur les points essentiels relatifs à la santé en milieu carcéral) (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

VIH, hépatite C et autres maladies infectieuses

32. Les détenues proviennent souvent de milieux marginalisés et défavorisés, ce qui leur fait courir un grand risque de contracter une infection à VIH. Beaucoup pourraient déjà être porteuses du virus lorsqu'elles entrent en prison (Reyes, 2000). Les femmes courent plus de risques que les hommes d'être incarcérées avec des infections sexuellement transmissibles comme les infections à

chlamydias, la gonorrhée et la syphilis, ainsi que le VIH. C'est le résultat d'un comportement à haut risque, avec prostitution, et d'une plus grande probabilité d'être victime d'abus sexuels (Covington, 2007).

33. Les femmes courent un risque beaucoup plus important que les hommes de contracter le VIH et l'hépatite C par leur activité sexuelle. Les femmes toxicomanes par voie intraveineuse sont exposées à un risque particulièrement élevé vu le partage des seringues et des aiguilles. Il se pourrait qu'elles aient eu des rapports sexuels non protégés avec d'autres toxicomanes ou qu'elles se soient livrées à la prostitution. Le contexte culturel et sociétal des femmes peut être tel qu'elles ne sont pas en mesure de contrôler leur propre vie sexuelle (Bastick, 2005 ; Reyes, 2000 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

34. Les détenues devraient toujours avoir accès à des préservatifs et à des digues dentaires, étant donné la possibilité de rapports sexuels en milieu carcéral. Toutefois, l'interdiction, en toutes circonstances, de rapports sexuels entre le personnel et la population carcérale devrait être une règle fondamentale.

35. Les infections sexuellement transmissibles autres que le VIH (comme les infections à *chlamydias*, la gonorrhée et la syphilis), qui sont très communes chez les femmes en prison et restent souvent non diagnostiquées, constituent un facteur de propagation majeur du VIH, puisqu'elles favorisent la transmission et diminuent la résistance générale du sujet (Reyes, 2000).

36. Les systèmes carcéraux devraient garantir que la population carcérale vivant avec le VIH bénéficie d'une prévention, d'un traitement, de soins et d'une assistance équivalents à ceux qui sont accessibles aux personnes vivant avec le VIH en dehors du milieu carcéral, y compris la thérapie antirétrovirale (OMS, 2007a). Des aiguilles et des seringues propres devraient être fournies pour éviter aux femmes de se les partager, et donc prévenir la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses. Les bases factuelles indiquent que le fait de fournir des aiguilles et des seringues freine la transmission du VIH en prison (OMS, 2007b). Si les aiguilles et les seringues ne sont pas autorisées en prison, d'autres mesures de réduction des risques devraient être accessibles. Les mesures de réduction des risques devraient également s'appliquer aux pratiques de tatouage et de piercing.

37. Les directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida en prison (*WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*, WHO, 1993) stipulent les recommandations suivantes, spécifiques aux femmes en prison :

- a) Les besoins des détenues devraient faire l'objet d'une attention particulière. Le personnel chargé de la supervision des détenues devrait être formé à gérer les problèmes psychosociaux et médicaux entraînés par l'infection à VIH chez les femmes.
- b) Les prisonnières, y compris celles qui sont infectées par le VIH, devraient recevoir des informations et bénéficier de services spécialement conçus pour leurs besoins, dont des informations sur la probabilité d'une transmission du VIH, en particulier de la mère au nourrisson, ou par le biais de rapports sexuels. Comme les détenues peuvent avoir des rapports sexuels au cours de leur détention ou de leur mise en liberté conditionnelle, il conviendrait de leur permettre de se protéger d'une infection à VIH, par exemple en leur fournissant des préservatifs et en les informant sur les techniques de négociation permettant d'avoir des rapports sexuels plus sûrs. Il conviendrait aussi de permettre l'accès à des conseils sur le planning familial, si la législation nationale le prévoit. Cependant, les détenues ne doivent pas subir de pressions en vue de l'interruption de leur grossesse. Quel que soit leur statut au regard du VIH, les femmes devraient, pendant leur détention, être en mesure de s'occuper de leurs jeunes enfants.

- c) Devraient être accessibles dans toutes les prisons où des femmes sont incarcérées :
- des consultations gynécologiques à intervalles réguliers, l'accent étant particulièrement mis sur le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
 - des services de planning familial axés sur les besoins des femmes ;
 - des soins durant la grossesse, et ce dans des locaux appropriés ;
 - des soins pour les enfants, y compris ceux qui sont nés de mères infectées par le VIH ;
 - des préservatifs et autres moyens contraceptifs, et ce au cours de la détention et avant les périodes de libération conditionnelle ou la remise en liberté.

38. Les normes minimales et principes directeurs qui s'appliquent à la lutte contre la tuberculose chez les détenus masculins devraient s'appliquer aux détenues. Les standards minimums de l'OMS pour les programmes de lutte contre la tuberculose sont repris dans le document intitulé *WHO status paper on tuberculosis* (La tuberculose : bilan de la situation par l'OMS) (OMS, 2007c), prévoyant notamment un accès sans restriction à un diagnostic et à un traitement de la tuberculose pour tous les détenus à leur entrée dans le système carcéral¹.

Usage de substances toxiques

39. Les infractions liées à la drogue font partie des délits les plus courants commis par des femmes en Europe, et les drogues constituent un élément clé en matière de délinquance féminine. Ce type d'infractions peut se répartir dans les catégories suivantes : 1) infractions commises pour obtenir de la drogue, 2) infractions commises sous l'influence de drogues et 3) infractions liées à la fourniture illégale de drogue, sans lien avec une dépendance à la drogue.

Dans le cadre d'une étude réalisée en 1999 par le Bureau des statistiques judiciaires du ministère américain de la Justice, il a été rapporté que près d'une détenue sur trois admettait avoir commis l'infraction afin d'obtenir l'argent nécessaire pour couvrir ses besoins en drogue (Wolf et al., 2007). En outre, un pourcentage élevé de détenues sont toxicomanes, et la recherche a démontré que les taux de consommation de drogue posant problème sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). Dans l'Union européenne, les détenues sont plus susceptibles de s'injecter des drogues que les détenus (Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie, 2004). On estime qu'au moins 75 % des femmes arrivant en prison ont un quelconque problème de toxicomanie ou d'alcoolisme au moment de leur arrestation (Fowler, 2002 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a). Dans de nombreux pays, on en sait trop peu sur les prisonnières toxicomanes, sur leurs expériences en matière de traitement et sur les traitements et interventions efficaces. Relativement peu d'études internationales, nationales ou locales sur la prévalence de la toxicomanie et des problèmes qui y sont associés prennent en compte la dimension homme-femme.

40. Une étude menée en Angleterre et au pays de Galles (Plugge et al., 2006) a montré que :
- plus de 85 % des femmes fumaient du tabac avant d'entrer en prison, contre une moyenne nationale de 24 % pour les femmes ;
 - 42 % des détenues buvaient de l'alcool en quantité supérieure aux recommandations des pouvoirs publics avant leur emprisonnement, contre 22 % de femmes dans la population générale ;

¹ Le Fonds pour la tuberculose KNCV prépare actuellement des directives sur la lutte contre la tuberculose dans les prisons. Celles-ci s'appliquent aux détenus de sexe masculin et féminin.

- 75 % des prisonnières avaient pris une drogue illégale dans les 6 mois précédant leur emprisonnement, tandis que 12 % seulement de la population générale en avait pris une au cours des 12 derniers mois.

41. En général, les femmes toxicomanes :

- ont moins de ressources (formation, emploi et revenus) que les hommes ;
- sont plus susceptibles de vivre avec un partenaire toxicomane ;
- s'occupent d'enfants ;
- ont des problèmes plus graves au début du traitement de désintoxication ;
- accusent des pourcentages plus élevés que les hommes en ce qui concerne les traumatismes liés à des abus physiques et sexuels et les troubles mentaux concomitants, notamment le syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles de l'humeur et troubles anxieux (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2004).

42. Il est très préoccupant que les détenues n'obtiennent pas souvent accès à des programmes de désintoxication et que ces programmes ne soient de toute façon pas conçus pour les femmes. Les programmes de traitement pour femmes peuvent contribuer à sécuriser les femmes et à leur faire sentir qu'elles sont soutenues, et permettre de se pencher plus facilement sur la dimension propre aux femmes (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). Dès lors, pour aborder la question des soins de santé dispensés aux femmes en envisageant les particularités de la condition féminine, il convient de prévoir des programmes spécialisés de traitement des assuétudes pour les femmes en prison (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

Beaucoup de détenues sortent de prison sans avoir bénéficié d'aucun traitement de leur assuétude pendant leur détention (Zurhold & Haasen, 2005). En Californie, par exemple, 70 % des détenues ont besoin d'un traitement de la toxicomanie, mais 14 % seulement bénéficient d'un traitement pendant leur détention (Weinstein, 2005). Le manque d'infrastructures pour le traitement des assuétudes en milieu libre ne doit pas être une raison d'emprisonner les femmes.

43. Il est largement prouvé que les traitements de substitution destinés aux détenus toxicomanes sont efficaces et rentables. Les traitements de substitution devraient être accessibles à toutes les femmes incarcérées ayant des problèmes de dépendance aux opioïdes. Il conviendrait d'essayer d'enregistrer des progrès dans la mise en place de l'assistance nécessaire pour le personnel, quelle qu'elle soit, notamment en énonçant des directives claires (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005). Par ailleurs, la continuité du traitement devrait être assurée lorsqu'une femme entre en prison, en est libérée ou est transférée vers un autre établissement pénitentiaire. Comme les détenues sont fréquemment transférées, ce qui interrompt le traitement, un établissement pénitentiaire donné a des difficultés à déterminer les taux de réussite.

44. Les drogues sont l'une des principales causes des mesures de sécurité prises dans les prisons, telles que la fouille intime et la restriction des visites et des congés pénitentiaires. Ces mesures peuvent être particulièrement punitives pour les femmes. Il convient de trouver un équilibre entre un traitement humain et les efforts accomplis pour veiller à ce que les prisons soient exemptes de drogues illicites (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). C'est toujours la détenue, et non le personnel ou l'administration, qui devrait être au centre de l'attention. Trouver un équilibre entre le respect de la détenue, sa dignité, et la surveillance et la sécurité dans la prison tout en assurant des soins et un traitement constitue toujours un défi. Cet équilibre, le personnel des prisons devrait le trouver avec la participation des prisonnières.

45. La présence de drogues illicites en prison devrait être prise en compte dans le cadre des mesures anti-drogue et des programmes de traitement. L'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (2004) affirme qu'« en prison, certains détenus continuent à se droguer comme auparavant et d'autres commencent à consommer de la drogue. Les études disponibles indiquent que 8 à 60 % des détenus rapportent disposer de drogue en prison, et que 10 à 36 % signalent qu'ils font régulièrement usage de drogue... ».

Santé mentale et problèmes mentaux

46. Outre les troubles liés à la toxicomanie, on enregistre chez les détenues un pourcentage alarmant de problèmes de santé mentale tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, les phobies, les névroses, l'automutilation et les suicides. C'est fréquemment le résultat d'abus et d'une victimisation subis durant toute leur vie. La recherche indique que les détenues ont des problèmes de santé mentale à un degré beaucoup plus élevé que l'ensemble de la population et que les prisonniers masculins (Bastick, 2005). Par exemple, une étude menée par le Bureau des statistiques judiciaires du ministère américain de la Justice a montré que 73 % des femmes détenues dans les prisons d'État et 75 % des femmes détenues dans les prisons locales des États-Unis ont des symptômes de troubles mentaux, contre 12 % des femmes en dehors de l'univers carcéral (Covington, 2007). En Angleterre et au pays de Galles, 90 % des détenues souffrent d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué et/ou sont toxicomanes, et 9 détenues sur 10 ont au moins l'un des problèmes suivants : névrose, psychose, troubles de la personnalité, abus d'alcool ou dépendance aux drogues (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

47. Les pourcentages élevés de traumatismes non résolus et le désavantage socioéconomique qui caractérisent une importante proportion de détenues prédisposent cette population à la mauvaise santé mentale et aux actes autodestructeurs. Les études indiquent que chez les détenues, la maladie mentale est souvent à la fois la cause et le résultat de l'emprisonnement (Penal Reform International, 2007). Un court séjour en prison, même en détention préventive, peut porter atteinte à la santé mentale d'une femme et à sa vie familiale, et pourtant ne servir à rien, ou si peu, pour l'empêcher de récidiver. Les dégâts sont encore aggravés lorsque les femmes sont incarcérées loin de chez elles et bénéficient de soins de santé inadéquats pendant et après leur détention (Rutherford, 2008). La santé mentale des femmes est très susceptible de se détériorer dans des prisons surpeuplées, où les détenues ne font pas l'objet d'une différenciation fondée sur une évaluation correcte et où les programmes à l'attention des personnes incarcérées sont soit inexistantes, soit inadéquats pour répondre aux besoins spécifiques des femmes. Les effets nocifs sur la maladie mentale sont exacerbés lorsque les femmes ne se sentent pas en sécurité et si elles sont supervisées par un personnel masculin qui leur donne l'impression de leur faire courir le risque de nouveaux abus (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Il conviendrait d'envisager la prévention des dommages pour la santé mentale lors de l'admission en prison, ainsi que des efforts pour promouvoir la santé mentale des femmes (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999). La promotion de la santé et du bien-être mentaux devrait être l'une des pierres angulaires de la politique carcérale en matière de soins de santé (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008), et la procédure normale devrait inclure un dépistage de santé mentale lors de l'incarcération.

D'autres études montrent que la prévalence des troubles mentaux parmi les détenues est plus élevée chez la population en détention préventive que chez les condamnées. Ceci laisse à penser que les taux de prévalence de maladies mentales n'augmentent pas avec le temps en prison. Cela donne également à croire que des femmes souffrant de maladies mentales sont susceptibles d'être arrêtées et emprisonnées en conséquence de leur maladie mentale, particulièrement pour

des infractions relativement mineures, pour lesquelles elles devraient être hospitalisées plutôt qu'emprisonnées (Ogloff & Tye, 2007).

Plusieurs facteurs, dont la structure de la prison, les options de traitement (dont l'éventuelle existence de programmes de gestion des traumatismes) et les infrastructures et services prévus pour les femmes, déterminent l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé mentale d'une prisonnière durant sa détention.

Actes autodestructeurs et suicide

48. Les études existantes indiquent que les femmes détenues sont plus susceptibles de commettre des actes autodestructeurs que les prisonniers masculins (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). En Angleterre et au pays de Galles, cette probabilité était 14 fois supérieure chez les femmes. Les femmes sont également beaucoup plus susceptibles que les hommes de s'infliger des blessures de manière répétée. Un tiers des hommes et la moitié des femmes qui s'infligent des blessures le font de manière répétée (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a). Une autre étude menée en Angleterre et au pays de Galles a démontré que 16 % des détenues qui s'infligent des blessures dans le mois précédant l'emprisonnement (Plugge et al., 2006).

49. Dans la plupart des pays, les pourcentages d'actes autodestructeurs et de suicides sont plus élevés chez les détenus que parmi le reste de la population, tant chez les hommes que chez les femmes (Penal Reform International, 2007). La période antérieure au procès et les premiers temps de l'incarcération, notamment, sont des moments à haut risque de suicide (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a). Le rapport Corston (2007) recommande une surveillance les premières nuits. Le risque d'actes autodestructeurs et de suicides augmente également dans les premiers temps suivant la libération. Il conviendrait de prévoir une assistance après la détention pour les femmes à risque. Cependant, dans certains pays d'Europe de l'Est, c'est l'inverse qui se produit, et les pourcentages d'actes autodestructeurs et de suicides sont plus élevés parmi la population vivant en milieu libre.

50. En dehors de la prison, les hommes sont plus susceptibles de se donner la mort que les femmes, mais l'inverse se produit dans le milieu carcéral. Être mère semble protéger les femmes contre le suicide dans la société libre, mais cette protection ne s'applique pas en prison si les mères sont séparées de leurs enfants (Corston, 2007).

51. Le développement de stratégies visant à prévenir le suicide et les actes autodestructeurs et à dispenser un traitement approprié, individualisé et tenant compte du sexe de la personne à risque doit faire partie intégrante des soins de santé mentale dans les prisons. Le personnel doit être formé à la détection d'un risque d'acte autodestructeur et de suicide, et proposer une aide en apportant un soutien et en signalant de tels cas aux spécialistes. Dans certains systèmes, les actes autodestructeurs et tentatives de suicide sont pénalisés, ce qui est inacceptable et exacerbe encore davantage la détresse mentale (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Les systèmes qui prévoient un traitement efficace doivent prendre en considération les causes sous-jacentes des actes autodestructeurs et des tentatives de suicide, y compris les traumatismes existants, et y réagir de façon adéquate.

52. Puisque les bases factuelles indiquent clairement un risque accru de comportements suicidaires chez les femmes en prison, les décideurs politiques et directeurs de prison doivent être conscients du fait que la mise en poste d'un coordinateur pour la prévention du suicide dans chaque prison pour femmes est une bonne pratique. En outre, le personnel pénitentiaire doit être

formé pour avoir conscience des risques particuliers d'actes autodestructeurs chez les femmes incarcérées (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

Troubles de l'apprentissage

53. Beaucoup de termes et de définitions sont employés pour évoquer les troubles de l'apprentissage, comme retard mental, handicap mental et déficience intellectuelle. L'OMS définit le trouble de l'apprentissage comme un état de développement arrêté ou incomplet de l'esprit qui peut s'accompagner ou non de quelque autre trouble physique ou mental et est caractérisé par une déficience, en termes d'aptitudes et d'intelligence globale, dans des domaines tels que la cognition, le langage, les capacités motrices et les aptitudes sociales. Sont concernées des personnes de tous les âges (OMS, 2007d).

54. On sait peu de chose sur les troubles de l'apprentissage chez les détenues et sur le nombre de femmes emprisonnées qui ont réellement un trouble de l'apprentissage. Le comportement délictueux ou criminel de personnes souffrant de troubles de l'apprentissage soulève des questions délicates quant à la responsabilité de l'auteur de l'infraction et quant à savoir quel type de punition et d'encadrement est nécessaire (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). Il est peu probable que les programmes conçus pour éviter la récidive profitent aux détenues souffrant de troubles et de difficultés de l'apprentissage, qui peuvent en être exclues. En prison, bon nombre d'entre elles deviennent des victimes et sont malmenées (Prison Reform Trust, 2007).

Santé sexuelle et génésique

55. Dans le cadre de la définition de la santé par l'OMS, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité, la santé génésique traite des processus, fonctions et système reproductifs à tous les stades de la vie. Être en bonne santé génésique suppose de pouvoir avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sûre, d'avoir la capacité de se reproduire et la liberté de décider s'il y aura reproduction, quand et à quelle fréquence. Cette définition implique que les hommes et les femmes ont le droit d'être informés au sujet de méthodes de régulation de la fertilité qui soient sûres, efficaces, abordables et acceptables et d'y avoir accès, ainsi que de pouvoir accéder à des services de santé adéquats qui permettront aux femmes de traverser en toute sécurité la phase de grossesse et d'accouchement et donneront aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé (OMS, 2009a).

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité ; elle n'est pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés, et être une réalité (OMS, 2009b).

Les droits relatifs à la santé génésique et sexuelle sont considérablement limités dans les prisons, mais ils devraient être maintenus, autant que faire se peut, partout où cela est possible. Pour autant que les détenues le souhaitent, les visites conjugales devraient être autorisées.

56. Les détenues sont un groupe à haut risque pour les maladies sexuelles et génésiques, dont le cancer et les infections sexuellement transmissibles. Cela est dû en particulier au contexte dans lequel vivent habituellement les détenues avant leur incarcération, et où il peut être question de toxicomanie par injection, d'abus sexuels, de violence, de prostitution et de pratiques sexuelles à

risque (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Les femmes qui ont vécu des abus peuvent, en conséquence, adopter un comportement sexuel hautement risqué, ce qui leur fait courir plus de risques de contracter des infections sexuellement transmissibles. Les programmes de dépistage pour les maladies des fonctions reproductrices, telles que le cancer du sein, devraient être inclus dans la procédure standard des prisons pour femmes.

57. Dans le monde entier, de nombreuses autorités pénitentiaires négligent de gérer la menstruation des femmes. Elles négligent de prévoir des articles d'hygiène tels que des serviettes hygiéniques, ne les procurant que dans le cadre des fournitures médicales, voire quelquefois refusant de les dispenser par punition. Il est rare que les détenues puissent s'isoler et bénéficient d'installations adéquates leur permettant de prendre un bain et de se laver (Penal Reform International, 2007). Il convient de rendre librement disponibles et facilement accessibles aux détenues à tout moment des produits d'hygiène d'un type que la femme trouvera facilement acceptable, et des systèmes convenables pour l'évacuation des déchets. Il faut prévoir un accès fréquent à des douches (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

Grossesse, soins postnataux et allaitement

58. 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. Lorsqu'il est constaté qu'une détenue est enceinte, il faudrait immédiatement réexaminer s'il est nécessaire qu'elle soit emprisonnée et poursuivre cette évaluation tout au long de la grossesse. Il conviendrait d'envisager des peines de remplacement pour les détenues enceintes, et ce pour le reste de leur temps d'incarcération (Bastick, 2005).

59. La grossesse influence bien des aspects de la vie d'une femme, dont la santé, l'alimentation et les besoins en exercice (Robertson, 2008). Il convient d'assurer aux détenues enceintes une alimentation nourrissante, des repas servis régulièrement et au moment opportun (sans qu'elles soient tenues à des horaires rigides), un environnement sain et de l'exercice régulier (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). De plus, il faut tenir compte de la difficulté de gérer les nausées matinales.

60. 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. Les détenues devraient être mises en contact avec des praticiens de sexe féminin si elles le demandent. Les femmes peuvent aussi décider de ne pas poursuivre leur grossesse en prison, surtout si elles n'étaient pas conscientes d'être enceintes auparavant. Il conviendrait de garantir des options thérapeutiques équivalentes à celles qui sont accessibles en milieu libre (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a).

61. Il est évident que des soins de santé adéquats sont essentiels pour la mère et l'enfant durant l'accouchement. Toutefois, beaucoup de détenues n'ont accès à aucune formation aux techniques de respiration et d'accouchement pour les aider à se préparer à la naissance. En fonction du pays et de la détenue, les femmes peuvent donner naissance soit en prison, soit dans un hôpital public (Bastick, 2005). Un hôpital public devrait toujours être le premier choix. Il faudrait qu'il y ait des réglementations régissant le transport des femmes enceintes vers un hôpital ou un centre de soins (par exemple pour faciliter de fréquentes pauses afin de se rendre aux toilettes). Il convient de bannir totalement la contention physique pendant le travail de l'accouchement. Par ailleurs, les

agents masculins ne faisant pas partie du personnel soignant ne peuvent être présents pendant que les femmes sont en travail ou en train d'accoucher.

62. De manière similaire aux femmes enceintes, les femmes allaitantes ont, concernant leur santé et leur alimentation, des besoins spécifiques qui restent souvent insatisfaits en prison. Des aliments appropriés doivent être fournis gratuitement pour les femmes allaitantes, ainsi que pour leurs bébés (notamment du lait, des produits à haute teneur en protéines et des fruits et légumes frais) (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Des repas devraient être servis régulièrement selon un horaire flexible et non rigide. Les mères ont besoin de contrôles médicaux pour s'assurer que leur corps récupère correctement de la naissance et pour veiller à ce que, par exemple, elles n'aient pas une quelconque infection qu'elles pourraient transmettre à l'enfant par l'allaitement (Bastick, 2005). Une infection par le virus de l'hépatite C n'est pas une contre-indication à l'allaitement, car rien n'indique que le lait maternel peut transmettre l'hépatite C. Par contre, il est recommandé aux mères vivant avec le VIH de nourrir leur enfant exclusivement par allaitement au sein pendant les six premiers mois de vie, à moins qu'il ne soit acceptable, faisable, abordable, soutenable à long terme et sûr pour elles et leurs nourrissons de recourir à des aliments de substitution : dans ce cas, il est recommandé aux femmes vivant avec le VIH d'éviter d'allaiter (OMS, 2009c). D'ailleurs, l'on décourage souvent les détenues d'allaiter, car l'on considère que cela interfère avec les activités habituelles de la prison (Bastick, 2005). Toutefois, il est largement admis que l'allaitement maternel est la meilleure méthode d'alimentation des nourrissons.

63. Dans la période postnatale, l'intimité de la mère et de l'enfant, ainsi que celle des visiteurs de la famille, doit être respectée afin de mettre en place un bon environnement pour la création de liens familiaux et pour l'alimentation du bébé. Après la naissance, les femmes doivent bénéficier de conseils et d'un encadrement appropriés et être suivies de près pour dépister une éventuelle dépression (Bastick, 2005). De plus, en cas de fausse couche, il est essentiel qu'elles puissent toujours bénéficier d'un suivi psychologique.

Violence et abus

64. Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à avoir vécu des abus physiques ou sexuels avant leur emprisonnement (Severson et al., 2005). Les femmes qui ont connu de la violence et des abus avant d'entrer en prison peuvent avoir une mauvaise estime d'elles-mêmes, être peu capables de gérer leur vie et manquer de confiance en elles. Des antécédents de victimisation contribuent aussi de manière significative à instaurer un état de santé médiocre sur le plan mental et physique, avec des problèmes liés au système reproductif. Il existe un lien direct et indirect entre le traumatisme, le parcours criminogène et la maladie tant mentale que physique (Moloney KP, van den Bergh BJ, Møller LF, en cours d'approbation). Pour cette raison, il est important de traiter, dans le cadre d'une psychothérapie adéquate, les traumatismes non dépassés.

65. Il est important, au cours du processus de dépistage, de déterminer quelles femmes sont ou ont été victimes de violences et d'autres formes de traumatismes. Si elles sortent de relations caractérisées par les abus ou risquent d'autres formes de violences à leur retour dans la société, elles devraient bénéficier d'un suivi psychologique et d'un encadrement se prolongeant au-delà de leur période d'incarcération.

66. Les femmes qui ont vécu des dysfonctionnements familiaux et des abus au sein de leur famille peuvent avoir besoin d'une aide pour être à même de s'occuper correctement de leur enfant. Dans le cas des prisonnières ayant des enfants ou des femmes enceintes, l'éducation au

rôle de parent, tant au cours de la période prénatale que postnatale, devrait viser à prévenir les principaux facteurs de risque (tant chez la mère que chez l'enfant) résultant de liens médiocres entre la mère et l'enfant et de mauvaises aptitudes à devenir parent. Les enfants qui sont séparés de leurs mères ont besoin d'un encadrement très complet.

67. En prison, les femmes sont vulnérables aux abus, particulièrement d'ordre sexuel. Le fait que des gardiens ont le contrôle des détenues les rend impuissantes à cet égard. Un système efficace d'inspection et de surveillance en prison, par un organe indépendant, avec un mécanisme de plaintes et de réclamations confidentiel, est essentiel si l'on veut prévenir la violence et la maltraitance au sein de la prison (Penal Reform International, 2007). Toute détenue a le droit d'être à l'abri des abus sexuels. Les femmes ayant été victimes d'abus sexuels faisant naître un risque de transmission du VIH devraient avoir accès à une prophylaxie post-exposition.

68. Les détenues devraient être autorisées à voir un médecin sans la présence de membres du personnel pénitentiaire en exercice, car il est moins probable qu'elles signalent d'éventuels violences et abus survenus dans le milieu carcéral en présence de ces membres du personnel. Les détenues devraient, si elles le préfèrent, avoir le choix d'être accompagnées par une femme (par exemple une infirmière) en cas de visite médicale. Les règles pénitentiaires européennes et les codes pénaux nationaux confèrent au médecin un rôle capital en ce qui concerne la prévention des abus contre les droits de l'homme dans les lieux de détention (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007).

69. La minorité des femmes ayant perpétré des délits ou crimes violents ou étant révélées par le dépistage comme violentes devraient bénéficier d'interventions visant à les empêcher d'être violentes en prison et lorsqu'elles retourneront dans la société.

Des besoins multiples et complexes en termes de traitement

70. Une étude menée par le Bureau des statistiques judiciaires du ministère américain de la Justice a établi que les trois quarts des détenues emprisonnées aux États-Unis d'Amérique et ayant un problème de santé mentale remplissaient également les critères pour être déclarées toxicodépendantes ou toxicomanes. D'autres études indiquent que les femmes ayant un problème de toxicodépendance sont plus susceptibles que les hommes d'avoir connu des abus physiques et/ou sexuels (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2004). Des antécédents d'agressions violentes peuvent augmenter le risque d'une consommation de substances toxiques et d'un syndrome de stress post-traumatique ou autres problèmes de santé mentale (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Pour cette raison, les programmes de gestion des traumatismes doivent être un élément central de tous les services de santé mentale en prison.

71. Les statistiques établissent le lien entre des abus sexuels antérieurs et les actes autodestructeurs et tentatives de suicide chez les femmes en prison. Une proportion sensiblement plus élevée de femmes (41 %) que d'hommes (18 %) ayant fait une tentative de suicide ou ayant commis un acte autodestructeur ont signalé avoir été abusées sexuellement (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007a). L'une des importantes découvertes de ces dernières décennies en matière de soins de santé est la prise de conscience que le traumatisme joue un rôle capital dans l'apparition de problèmes de santé physique et mentale (Covington, 2007).

72. Les femmes ayant une dépendance à l'alcool et/ou à la drogue sont plus susceptibles de connaître une dépression, une dissociation mentale, un syndrome de stress post-traumatique, d'autres troubles de l'anxiété, ainsi que des troubles de l'alimentation et de la personnalité

(Covington, 2007). En plus des programmes de désintoxication, beaucoup de femmes ont besoin d'une psychothérapie spécialement axée sur les traumatismes passés. En outre, comme les détenues sont souvent non seulement dépendantes à la drogue et à l'alcool, mais aussi en détresse mentale, de santé médiocre et manquant de relations pouvant les soutenir, elles ont un besoin aigu de formation psycho-éducative et d'acquisition de nouvelles compétences, ainsi que d'interventions systématiques, avant leur libération, pour les préparer à vivre dans la société libre (Zurhold & Haasen, 2005).

73. Certaines détenues découvrent en même temps qu'elles sont enceintes et séropositives. Le fardeau mental représenté par la détention, une nouvelle grossesse et la découverte de leur séropositivité peut être très dévastateur pour ces femmes. Il convient toujours de faire preuve d'empathie et de prévoir un encadrement psychologique afin de mettre en place les meilleures conditions possibles pour la mère et l'enfant dans cette situation toujours complexe. Les naissances prématurées peuvent être plus fréquentes chez les femmes enceintes vivant avec le VIH que chez celles qui sont exemptes de ce type d'infection, car certaines études rapportent des pourcentages allant jusqu'au double de ceux enregistrés chez les femmes séronégatives (Reyes, 2000).

Il est très important que les femmes enceintes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale y aient libre accès. Pour une femme enceinte devant suivre une thérapie antirétrovirale, ce traitement réduit la mortalité et la morbidité maternelles, est la méthode la plus efficace pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et, comme il garde la femme en bonne santé, il augmente les chances de survie pour son enfant. Soigner une femme enceinte vivant avec le VIH permet non seulement de satisfaire ses besoins personnels en matière de santé, mais réduit aussi de manière radicale le risque d'une transmission de la mère à l'enfant, particulièrement dans le cas de femmes qui sont à un stade avancé de la maladie et courent un risque supplémentaire de la transmettre. Il convient de toujours prendre en considération le stade auquel est arrivée la grossesse et les effets secondaires potentiels du traitement (OMS, 2006).

74. La consommation de drogues et d'alcool au cours de la grossesse peut être la cause de maladies, d'un faible poids à la naissance, d'un accouchement prématuré, d'un mauvais état nutritionnel, de maladies respiratoires et d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Certaines de ces conséquences peuvent être dues à des styles de vies allant de pair avec la consommation de substances toxiques, comme une mauvaise nutrition, l'absence de soins médicaux et d'aide sociale et des maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite, qui peuvent aggraver les quelconques effets directs de la consommation de substances illicites sur la santé de la mère et du fœtus (Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2004).

75. Dans le cas de besoins multiples, résultant par exemple de la présence de deux maladies ou types de dépendance, ou plus, les maladies peuvent avoir des effets les unes sur les autres et les médicaments employés pour le traitement peuvent s'avérer contre-productifs ou dangereux. Par exemple, une femme souffrant à la fois d'une hépatite et d'un cancer peut avoir besoin, pour le traitement du cancer, d'un médicament nocif pour les fonctions du foie.

Préparatifs à la libération et continuité des soins après celle-ci

76. Avant leur libération, les femmes devraient avoir accès à des programmes pour les aider à faire la transition avec la vie en dehors de la prison. Ces programmes varieront d'une culture à l'autre, mais peuvent comprendre des cours d'aptitudes à la vie quotidienne, une formation au rôle de parent et un enseignement sur les soins de santé (Bastick, 2005). Le fait d'apprendre à

effectuer des tâches ménagères de base, comme la cuisine et le nettoyage, fera déjà une grande différence pour certaines détenues et les aidera dans leur vie en milieu libre.

Néanmoins, les moyens et l'attention consacrés aux besoins des femmes après leur emprisonnement et lors de la préparation à leur libération sont généralement très inadéquats, et il y a souvent un manque de collaboration entre les autorités pénitentiaires et les services sociaux et sanitaires de la société libre (Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). C'est notamment pour les femmes qui purgent des peines courtes qu'un accès à des programmes n'est pas prévu.

Le Conseil quaker des Affaires européennes (2007) recommande que les États membres du Conseil de l'Europe :

- a) veillent à ce que les politiques et programmes pénitentiaires soient spécialement conçus pour répondre aux besoins des femmes, y compris en matière de réinsertion ;
- b) veillent à ce que les besoins des détenues à leur libération soient pris en compte, pour les questions telles que l'absence de logement, le chômage, la discrimination au travail et la reprise de la garde des enfants ; si les services sociaux avaient des contacts avec une détenue auparavant, ils doivent être informés de la date à laquelle sa libération est prévue.

77. À leur libération, conformément aux Règles minima pour le traitement des détenus, tous les anciens prisonniers doivent avoir accès à une alimentation, à des vêtements, à un logement et à des soins de santé adéquats, ainsi qu'à d'autres services sociaux nécessaires.

Les autorités pénitentiaires doivent prendre leurs dispositions pour que les détenues, surtout celles qui ont des enfants, aient un logement après leur libération. Les femmes peuvent connaître une situation dans laquelle elles ne peuvent récupérer leurs enfants pour vivre avec elles avant d'avoir un logement, mais ne peuvent obtenir de logement avant d'avoir récupéré leurs enfants. Cela rend le retour à la vie normale en milieu libre très difficile pour ces femmes, et peut contribuer à la récidive (Conseil quaker des Affaires européennes, 2007). Les autorités pénitentiaires devraient coopérer avec les institutions responsables en dehors du milieu carcéral. Les femmes de nationalité étrangère sont souvent libérées dans un pays différent de celui où elles ont été emprisonnées. C'est pourquoi les contacts transfrontaliers sont importants.

78. Comme le prévoient les Règles minima pour le traitement des prisonniers, un détenu peut continuer à avoir besoin de services de santé mentale après sa libération. Ceci revêt une importance particulière pour les détenues, étant donné les pourcentages élevés de maladie mentale chez elles et parce qu'elles sont plus susceptibles d'avoir bénéficié, pendant leur détention, d'un traitement pour maladie mentale qui doit se poursuivre en milieu libre (Bastick, 2005 ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

79. Il est essentiel de continuer à fournir des soins après la libération, et les autorités pénitentiaires devraient particulièrement veiller à ce qu'un traitement et des services d'aide sociale soient accessibles aux femmes à leur libération. L'aide de bénévoles, tant au sein du système pénitentiaire qu'en dehors (comme par exemple un soutien par d'anciennes détenues) peut être très utile au cours de ce processus. Le fait que de nombreuses détenues sont emprisonnées loin de chez elles est un facteur qui complique les choses.

80. La prévalence d'accidents liés à la prise de drogue, d'overdoses et de décès est élevée chez les anciens prisonniers (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008). Des

stratégies sont nécessaires pour assurer la continuité dans le traitement de toxicomanes qui passent du système pénitentiaire à la société libre et inversement (OMS, 2007e).

81. Dans certaines cultures, les femmes courent le risque d'être assassinées par leur famille après leur libération de prison si elles ont commis ce que l'on considère comme des « offenses morales », ou sont victimes de viols ou autres abus sexuels. Les femmes peuvent aussi courir le risque de reprendre un mariage avec un partenaire violent ou d'être forcées à se marier. Toutes ces femmes ont besoin d'une protection et d'un encadrement spécial, qui sont très souvent inadéquats par rapport à leurs besoins (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2008).

Comment améliorer la situation ? Quelles sont les mesures possibles, souhaitables et indispensables ?

Les faits sont clairs, concordants et irréfutables : les dispositions actuelles des systèmes de justice pénale concernant les délinquantes ne répondent pas aux besoins fondamentaux, ni – et de loin – à ce que requièrent les droits de l'homme, les recommandations internationales admises et la justice sociale. Quoiqu'un emprisonnement se justifie et soit indiqué dans le cas d'un petit nombre de délinquantes, elles sont trop nombreuses à être emprisonnées à tort et de manière inappropriée.

L'emprisonnement est une sanction lourde, la perte de liberté signifiant trop souvent la perte d'autres droits ; ces pertes sont particulièrement dommageables pour les femmes et les enfants. Les problèmes sont nombreux et complexes. Toute amélioration requiert l'action concertée de nombreux acteurs pouvant faire une différence. Il convient de prendre en considération les points suivants dans un contexte social où la dimension homme-femme reste négligée dans toutes les politiques et où les déséquilibres entre les sexes sont inacceptables dans de nombreuses sociétés.

Pour décider des mesures possibles, souhaitables et indispensables, il convient de mettre l'accent sur plusieurs principes importants et de les respecter :

- Premièrement, l'emprisonnement des femmes devrait n'être envisagé qu'en dernier recours, quand aucune alternative n'est réalisable ou indiquée. Ceci vaut encore davantage dans le cas des femmes enceintes et des femmes avec enfants. Il faut une vue d'ensemble du dossier de la femme, dans le contexte de l'infraction commise et de sa situation sociale.
- Deuxièmement, les services de santé prévus et assurés devraient spécifiquement traiter des maladies mentales, notamment des troubles provoqués par la consommation de substances toxiques et du syndrome de stress post-traumatique, comme un élément essentiel à tout système de santé pénitentiaire.
- Troisièmement, si des enfants sont concernés, **l'intérêt supérieur des enfants doit être le facteur principal et déterminant**. Il convient de comprendre et d'accepter le coût social plus élevé pour la société et le potentiel de dommages à long terme. Les décisions quant à l'intérêt supérieur d'un enfant devraient être basées sur des conseils appropriés provenant d'une source agréée, indépendante des tribunaux et des services pénitentiaires.
- Quatrièmement, les besoins varient sensiblement d'un groupe de femmes à l'autre ; des facteurs tels que la grossesse, le fait d'avoir la responsabilité d'enfants, la jeunesse ou la vieillesse, les problèmes de dépendance, les antécédents de violences et/ou d'abus, etc. doivent être d'importantes considérations pour les plans de santé destinés à ces femmes.

- Cinquièmement, l'impact de la séparation d'avec la famille et le milieu environnant, ainsi que les inévitables processus juridiques et processus de sécurité, peuvent gravement nuire, à des degrés variables, à la santé mentale d'une femme, à son bien-être émotionnel, à son estime de soi, à ses aptitudes sociales et à sa capacité à gérer sa vie quotidienne. Cela est vrai pour toute personne privée de liberté par une décision de loi, mais spécialement pour les femmes. Tout plan de santé personnel doit comprendre un **dépistage rigoureux, complet et détaillé**, avec examen du contexte socioéconomique et des antécédents scolaires, du dossier médical et des traumatismes passés, de l'état de santé du moment, ainsi qu'une évaluation des aptitudes acquises ou nécessaires, de manière à définir les besoins de chacune et de pouvoir tenter d'y répondre comme il se doit.
- Sixièmement, quoiqu'il convient d'éviter les politiques rigides vu la variété des besoins personnels dans un monde en mutation, **l'importance essentielle des droits de l'homme** devrait inspirer toute réflexion et toute politique relative aux personnes en détention forcée.

Évolution récente et nouveaux projets

Les bases factuelles et les avis d'experts récoltés durant la préparation du présent document ont clairement montré que de nouvelles stratégies et de nouveaux programmes sont en cours d'élaboration dans divers endroits d'Europe. Bien des services publics concernés connaissent des changements, par exemple pour le maintien de l'ordre, les services de probation, les équipements collectifs et les initiatives d'organisations non gouvernementales. La tendance suivie pour les nouveaux services est de mettre davantage l'accent sur les alternatives à l'incarcération et de consentir beaucoup plus d'efforts pour évaluer et gérer les femmes sur leur lieu de résidence, plutôt que dans un établissement de détention, surtout si elles ont commis une infraction sans violence ou relativement mineure.

Les systèmes de droit et de justice pénale changent, eux aussi. Certains de ces projets pourraient présenter des avantages majeurs pour les femmes qui sont dans le système de justice pénale. Par exemple, on recourt déjà à des démarches relevant de la justice réparatrice, comme les conférences de groupe familial et les cercles de sentence. La justice réparatrice a été définie comme le recours à un processus de réparation au cours duquel la victime et l'auteur d'une infraction et, lorsque cela est indiqué, toute autre personne ou membre de la société affecté par une infraction pénale, participent activement ensemble à la résolution des problèmes découlant de cette infraction, généralement avec l'aide d'un conseiller [formé à cet effet] (Conseil économique et social des Nations Unies, 2002).

Les idées relatives à la promotion de la santé en milieu carcéral, spécialement dans les prisons pour femmes, font aussi leur chemin. Elles impliquent une démarche plus participative, avec un recours à des méthodes d'animation globale (Martin, 2008) ainsi qu'à une approche holistique de la prison (Hayton, 2007) et à un réseau d'auto-assistance, comme il en existe déjà dans certaines régions d'Allemagne (Bogemann, 2007).

Quoiqu'il convienne d'encourager vivement la poursuite de ces projets, parmi d'autres, les améliorations surviennent lentement dans toute la Région européenne de l'OMS.

Tout appel à des mesures en rapport avec **la santé des femmes en milieu carcéral** devrait idéalement être considéré comme un tout avec les caractéristiques suivantes :

1. Un système de justice pénale qui tienne compte de la dimension homme-femme représente un premier pas capital pour veiller à ce qu'à tous les stades du processus de justice pénale, les besoins et circonstances propres à un sexe donné soient pris en considération.
2. Il convient d'élaborer pour tout système carcéral une politique carcérale soucieuse de la dimension homme-femme, afin de répondre aux besoins fondamentaux des détenues en matière de santé et d'aide sociale.
3. Les droits de la personne, ceux de la femme et de ses enfants, doivent toujours prévaloir ; il faut admettre les principes suivant lesquels les installations et les soins de santé doivent être équivalents et adaptés. Les besoins de tout enfant concerné doivent avoir la priorité.
4. Des soins de santé spécialisés doivent être accessibles : par exemple, pour la santé mentale, avec assistance lorsqu'il y a un vécu de maltraitance ; pour le VIH, l'hépatite C, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses ; pour la dépendance à la drogue et à l'alcool ; pour les troubles de l'apprentissage ; et pour la santé génésique.
5. Il faut préparer la libération en établissant des plans pour garantir la continuité des soins, et l'accès à des services de santé et autres après la libération doit indiscutablement faire partie du programme des préparatifs de la libération. La planification de la libération est une question délicate et complexe, étant donné que la personne est emprisonnée en dehors de son lieu d'origine et que l'on manque peut-être de temps pour les préparatifs, notamment si la peine est courte. Néanmoins, si ces défis sont relevés avec succès, les efforts seront récompensés par une réinsertion bien meilleure, moins de frais d'assistance sociale et des récidives moins fréquentes.

Recommandations

Le projet Santé en prison du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soutient vivement les commentaires et recommandations spécifiques suivants :

1. **Un système de justice pénale qui tienne compte de la dimension homme-femme représente un premier pas capital pour veiller à ce qu'à tous les stades du système de justice pénale, les besoins et circonstances propres à un sexe donné soient pris en considération.**
 - 1.1 ***Des besoins plus importants et plus complexes.*** Les détenues représentent une faible proportion de la population carcérale, puisque 100 000 femmes sont emprisonnées en Europe. Les détenues ont généralement de plus faibles revenus que les prisonniers masculins ; elles sont plus nombreuses à avoir vécu des abus et ont des problèmes sociaux et de santé plus complexes. Ces problèmes requièrent une attention particulière et soutenue, pour les femmes elles-mêmes, pour leurs enfants et pour la société dans son ensemble.
 - 1.2 ***L'impact coûteux de l'incarcération de femmes.*** La plupart des détenues sont emprisonnées pour des infractions non violentes et relativement mineures, mais la détention affecte gravement leur santé et leurs enfants. Dans tous les cas, le contexte dans lequel évolue la femme et sa place dans la famille et la société devraient faire l'objet d'un examen minutieux avant la condamnation. Chaque personne participant à la procédure judiciaire doit envisager toutes les conséquences des décisions. Il est essentiel d'envisager sérieusement toutes les alternatives à un emprisonnement pour éviter de gâcher inutilement la vie de ces femmes et de nuire aux enfants et autres parents dépendants.

- 1.3 ***Un niveau de sécurité plus approprié.*** La grande majorité des détenues n'ont pas besoin d'être dans des quartiers de haute sécurité et ne constituent pas un risque pour la société. Si les femmes ne peuvent demeurer sur leur lieu de résidence lorsqu'elles accomplissent la sentence imposée par le tribunal ou si des places appropriées ne sont pas disponibles en milieu libre, il convient de mettre en place des prisons au degré de sécurité moindre, spécialement conçues pour les femmes, où elles pourraient être logées dans des unités plus petites, plus près de chez elles.
- 1.4 ***Une approche holistique.*** Quoique le présent rapport ait pour objet la santé des femmes en milieu carcéral, les données disponibles indiquent clairement qu'il conviendrait d'adopter une attitude soucieuse de la dimension féminine à tous les stades du système de justice pénale, dès le premier contact avec la police. Par conséquent, l'un des aspects capitaux de toute nouvelle approche doit être une formation à la différence entre les sexes pour tous les acteurs concernés, comme la police, les magistrats, les fonctionnaires du tribunal, les juges et les conseillers d'insertion et de probation.
- 1.5 ***Recourir le moins souvent possible à la détention préventive.*** Il conviendrait de recourir le moins souvent possible à la détention préventive dans le cas d'une femme, comme en fait dans le cas de tous les auteurs d'infractions, afin d'éviter les inévitables effets néfastes pour eux-mêmes et, en particulier, pour la femme et sa famille. Lorsqu'une détention préventive ne peut être évitée, des procédures spéciales devraient être en place pour les femmes avant le procès, avec une attention particulière pour leur vulnérabilité dans les premiers temps de la détention et le risque plus élevé d'actes autodestructeurs, dont le suicide, dans ce groupe. Les problèmes mentionnés plus bas concernant les enfants pourraient également survenir au stade de la détention préventive.
- 1.6 ***Évaluation globale des besoins de santé.*** Comme pour toute personne comparissant devant les tribunaux, il faudrait tenir compte des besoins en matière de santé, tels qu'ils ont été évalués, et ce afin de placer le sujet au meilleur endroit. Pour les femmes, dont les délits sont souvent liés à une dépendance à la drogue, il conviendrait de proposer une cure de désintoxication dans un établissement adapté comme alternative à l'emprisonnement. De même, les personnes ayant des besoins évidents sur le plan de la santé mentale doivent être envoyées dans un établissement où l'on pourra soigner et encadrer la maladie mentale.
- 1.7 ***Besoins de données établies par sexe.*** La mise en place d'un système carcéral tenant compte de la spécificité de la femme, où l'on comprend et tente de satisfaire correctement et efficacement les besoins spécifiques aux détenues en matière de santé, requiert de collecter plus d'informations concernant spécifiquement les femmes, la santé des détenues et les besoins à cet égard, et d'encourager la recherche dans ce domaine.

2. Il convient d'élaborer pour tout système carcéral une politique carcérale soucieuse de la dimension homme-femme, afin de répondre aux besoins fondamentaux des détenues en matière de santé et d'aide sociale.

- 2.1 ***Répondre aux besoins particuliers des femmes en matière de soins de santé.*** Un système de santé carcéral respectueux de la condition féminine devrait prendre en considération les besoins particuliers des détenues en prévoyant des installations et régimes de vie adéquats et en autorisant un accès facile aux services de santé et d'aide sociale nécessaires pour les femmes.
 - Ces services devraient être basés sur des soins primaires pour lesquels on évaluerait ces besoins en adoptant une approche holistique et proposerait toute une gamme de services, y compris la promotion de la santé, avec l'accent sur les soins auto-

administrés, l'alimentation et l'exercice, des services de dépistage préventif similaires à ceux existant dans la société libre locale, ainsi que des conseils et une assistance pour les problèmes de santé de tous les jours.

- Les services primaires devraient être en mesure de gérer nombre des besoins plus complexes en matière de santé, les problèmes complexes et les besoins des détenues en matière de santé génésique et sexuelle, et ce grâce à une formation supplémentaire de l'équipe soignante et à la possibilité pour celle-ci de faire appel à l'aide de spécialistes. Il faudrait notamment un soutien primaire en matière de santé mentale et un accès à une thérapie pour aider les femmes ayant subi de mauvais traitements à dépasser le traumatisme et pour promouvoir leur bien-être.
 - Les services de santé des prisons doivent être conscients des besoins propres aux femmes jeunes et plus âgées en prison, et être prêts à y répondre.
 - Le service de santé devrait être en contact avec les autres membres du personnel qui répondent aux besoins de réhabilitation et de réinsertion par des services spécialement organisés pour les femmes.
- 2.2 **Formation à la spécificité des sexes.** Tous les membres du personnel travaillant avec des détenues devraient avoir suivi des cours de formation aux spécificités du sexe féminin, ainsi que des cours supplémentaires d'éducation à la santé pour être sûrs de comprendre les questions telles que les besoins des femmes enceintes, les effets néfastes des abus physiques et sexuels passés et les facteurs susceptibles d'entraîner des actes autodestructeurs et un risque accru de suicides.
- 2.3 **Équilibre entre le nombre d'hommes et de femmes parmi le personnel.** En ce qui concerne le fonctionnement général des prisons pour femmes, il y a des arguments en faveur d'un équilibre entre le personnel féminin et masculin, aussi longtemps que le mode de fonctionnement de la prison reflète les différents besoins quotidiens des femmes. Les gardiens de prison masculins ne devraient pas avoir de contact physique routinier avec les détenues ou avoir accès à des endroits où les femmes sont habituellement déshabillées, comme les zones où elles font leur toilette. Le personnel ne devrait pas être dans une position de pouvoir qui affecte l'intimité et la pudeur des femmes. Tout système pénitentiaire devrait préparer et publier un protocole clair sur cette question de l'équilibre entre les membres du personnel, en se fondant sur les normes approuvées à l'échelon international et sur la législation nationale.
- 2.4 **Consultations cliniques avec prise en compte des souhaits personnels.** Dans le service de santé de la prison, les femmes devraient être en mesure de demander à être examinées et soignées par des infirmières et des doctresses ; si cela n'est pas possible, les médecins devraient adopter le système du « chaperon » (une autre femme présente durant la consultation) lorsqu'ils consultent des détenues. Toutefois, comme dans toutes les prisons, les personnes emprisonnées devraient pouvoir rendre visite à un médecin sans que des membres du personnel opérationnel ne soient présents.
- 2.5 **Réclamations confidentielles et contrôle indépendant.** Les détenues devraient avoir accès à un système de réclamation indépendant et confidentiel afin de pouvoir signaler en toute confiance des problèmes comme de la violence et/ou de la maltraitance pendant leur séjour en prison.

3. Les droits de la personne, ceux de la femme et de ses enfants, doivent toujours prévaloir ; il faut admettre les principes suivant lesquels les installations et les soins de santé doivent être équivalents et adaptés. Les besoins de tout enfant concerné doivent avoir la priorité.

- 3.1 ***Protection des relations personnelles et familiales.*** Beaucoup de détenues sont aussi mères d'enfants, et sont souvent la principale ou la seule personne en charge de ces enfants avant leur emprisonnement. Lorsqu'elles sont admises en prison, la famille éclate souvent, de sorte que de nombreux enfants sont eux-mêmes placés dans des institutions. Des efforts supplémentaires doivent être consentis pour préserver les liens familiaux, notamment si elles ont de jeunes enfants qui ne les suivent pas en prison. Il convient de faciliter et d'encourager les visites régulières des membres de la famille, étant donné qu'elles sont essentielles pour maintenir les liens familiaux. Il conviendrait de mieux faire connaître les moyens pleins d'imagination employés par certains pays pour garder intacts les liens familiaux et d'envisager de les appliquer dans des endroits où le système pénitentiaire actuel reste tel qu'il est pour les femmes. Il faudrait interdire, dans tous les systèmes, la suspension des contacts familiaux par punition.
- 3.2 ***Maintenir des contacts extérieurs et avec le foyer.*** Il convient de se souvenir de l'importance du besoin de contacts téléphoniques. Une politique bien développée d'accès au téléphone devrait exister dans toutes les prisons pour femmes pour qu'il puisse y avoir une certaine régularité concernant les appels dans leurs foyers, sans que la détenue ne doive supporter tous les frais encourus. Cela peut être plus difficile pour les étrangères, mais la valeur globale d'un maintien de liens avec la société devrait en faire un élément important des politiques pénitentiaires.
- 3.3 ***Un rôle important pour les organisations non gouvernementales.*** La valeur des organisations non gouvernementales et des groupes de bénévoles pour le maintien des contacts familiaux a été démontrée. Les efforts d'organisations non gouvernementales et de bénévoles en faveur de délinquantes, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du système carcéral, devraient toujours être encouragés.
- 3.4 ***Enfants accompagnant leur mère en prison.*** La question de savoir si les enfants devraient rester avec leur mère en prison est l'une des décisions les plus délicates de la politique nationale. Voici des principes directeurs :
- L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le premier et le principal souci.
 - La participation des enfants au processus décisionnel devrait toujours être encouragée et facilitée, en tenant compte de leur âge.
 - Si les enfants accompagnent leur mère en prison, les infrastructures doivent s'y prêter.
 - Il convient de prendre des dispositions claires pour les soins de santé dispensés à l'enfant, et pour son développement.
 - Il doit y avoir un suivi régulier adéquat et une réévaluation de l'état de bien-être de l'enfant.
 - Il faut convenir que tout enfant peut quitter la prison à tout moment si cela est dans l'intérêt supérieur de cet enfant.

4. Des soins de santé spécialisés doivent être accessibles : par exemple, pour la santé mentale, avec assistance lorsqu'il y a des antécédents d'abus ; pour le VIH, l'hépatite C, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses ; pour la dépendance à la drogue et à l'alcool ; pour les troubles de l'apprentissage ; et pour la santé génésique.

- 4.1 ***Des soins de santé primaires bien établis et un accès facile aux soins d'urgence, dans le respect de la personne.*** Quoiqu'un bon service de soins de santé primaires en prison puisse traiter de nombreux problèmes de santé d'origine somatique et devrait faire partie d'un programme régulier de dépistage, d'évaluation et de réévaluation dans le cadre du cycle de soins réguliers, tous les prisonniers peuvent connaître des urgences sanitaires requérant une admission urgente dans des services de soins secondaires ou spécialisés. La manière de procéder en l'occurrence devrait être exposée dans un plan sanitaire et connue des détenus. C'est rarement facile dans le cas d'un quelconque détenu, mais dans le cas de femmes, il convient de réfléchir aux dispositions prises pour le transport afin d'éviter de causer un stress supplémentaire. De plus, le recours à des interprètes devrait permettre d'expliquer ces dispositions aux détenues étrangères, et il convient de prendre en considération les besoins supplémentaires découlant de leur culture.
- 4.2 ***Promotion de la santé mentale et de la résilience.*** La promotion de la santé mentale et du bien-être devrait être la clé de la politique des soins de santé d'une prison. Les pourcentages élevés d'actes autodestructeurs, voire de suicides, chez les détenues devraient éveiller les directeurs de prison à l'urgente nécessité de stratégies et de politiques visant à protéger la santé mentale en général et à évaluer quelles femmes pourraient courir des risques. Ce type de besoins en matière de santé démontre l'importance d'une approche holistique de la prison. Tous les membres du personnel doivent avoir conscience de leur rôle et savoir comment modifier de manière positive et bénéfique l'environnement et les régimes de vie à l'intérieur des prisons, avec des améliorations en ce qui concerne la résilience mentale des détenues et des membres du personnel. Les directeurs de prison ont un important rôle de chefs de file à jouer à cet égard, s'agissant de travailler avec le personnel d'encadrement pour instaurer dans la prison un esprit favorable à la santé.
- 4.3 ***Gérer un passé personnel de maltraitance.*** Beaucoup de détenues ont un passé d'abus physiques ou sexuels avant leur incarcération. Les problèmes de santé mentale pouvant en découler requièrent un encadrement et des soins spécialisés, qui sont un élément capital des services de santé dispensés aux femmes en prison.
- 4.4 ***Importance d'un dépistage médical pour le VIH et d'autres maladies.*** Les délinquantes qui entrent en prison devraient se voir proposer un dépistage (avec soutien psychologique avant et après les tests) pour le VIH, l'hépatite C et les maladies sexuellement transmissibles. Le personnel carcéral devrait être formé à traiter les problèmes psychosociaux et sanitaires liés à ces infections chez les détenues. Lorsqu'un dépistage est proposé, il convient de disposer d'un financement adéquat pour des traitements de suivi.
- 4.5 ***Lutte et thérapie contre la tuberculose.*** Toutes les prisons devraient suivre les directives de l'OMS sur la lutte et la thérapie contre la tuberculose en milieu carcéral.
- 4.6 ***Compétences en matière de santé et prévention équivalente.*** Une importante facette des soins de santé, particulièrement importante pour les détenues, consiste à approfondir leurs connaissances et à améliorer leur compréhension des questions de santé, pour qu'elles soient mieux à même de protéger leur santé et d'atteindre un meilleur état de santé, et se sentent plus confiantes dans ce domaine. Il convient qu'elles connaissent notamment le mode de propagation de certaines maladies, spécialement celles qui sont transmissibles sexuellement ou par le sang, et qu'elles sachent comment se prémunir d'une infection. Elles doivent avoir

accès facilement et librement à des préservatifs et à des digues dentaires. La réalisation de tatouages et de piercings devrait être découragée et bien réglementée, en raison du risque élevé de transmission de maladies infectieuses chez les détenues.

- 4.7 **Troubles de l'apprentissage.** Toute la documentation relative à la santé devrait être révisée et adaptée pour les détenues souffrant de troubles de l'apprentissage, afin de garantir qu'elles puissent la comprendre. Il est nécessaire d'obtenir plus de bases factuelles sur l'efficacité d'une telle révision, ainsi que de mener des études supplémentaires sur les détenues ayant des troubles de l'apprentissage.
- 4.8 **Unités spéciales de désintoxication pour femmes.** Les services de santé carcéraux devraient prévoir un accès à des programmes de traitement des assuétudes aux drogues, et ceux-ci pourraient être spécialement conçus pour les femmes de manière à ce qu'ils confortent leur sentiment d'être en sécurité et d'être soutenues. Comme pour tous les programmes mentionnés ici, les membres du personnel concernés devraient être attentifs aux aspects propres aux femmes.
- 4.9 **Traitement de substitution.** Un traitement contre la toxicomanie, y compris une thérapie de substitution, devrait être accessible aux détenues ayant une assuétude à la drogue, et des directives claires devraient être formulées en la matière, prévoyant une formation supplémentaire pour le personnel soignant.
- 4.10 **Réduction des risques.** Toutes les prisons devraient disposer de programmes de réduction des risques bien arrêtés, car ils constituent un élément essentiel du contrôle de la propagation du VIH et de l'hépatite C. Là où certaines des mesures éprouvées de réduction des risques suscitent une controverse chez les personnalités politiques ou le personnel, il conviendrait de faire savoir que de tels programmes ont été mis en œuvre avec succès dans des prisons d'Espagne, par exemple.
- 4.11 **Problématique sérieuse de la grossesse en prison.** La grossesse des détenues soulève une série d'importantes questions, dont le fait de savoir si cela devrait être un obstacle à l'emprisonnement, où la naissance devrait avoir lieu, quels sont les aménagements prévus pour que la mère puisse allaiter et créer des liens avec son enfant, ainsi que les aspects déjà mentionnés, comme les soins à apporter à l'enfant sur le long terme et le fait de savoir si l'enfant devrait rester en prison et, si oui, combien de temps. Deux points font l'objet d'un large consensus :
- Une détenue devrait toujours, idéalement, accoucher hors de prison, dans un hôpital public.
 - Il conviendrait d'examiner régulièrement s'il est nécessaire de continuer à emprisonner une mère, dans le but de la faire passer à une alternative à la prison chaque fois que cela est possible. Certains pays d'Europe commencent à avoir l'expérience de nouvelles unités sécurisées pour la mère et l'enfant, construites spécialement à cet effet.
- 4.12 **Traitement du VIH.** Conformément aux recommandations de l'OMS, les prisonnières enceintes vivant avec le VIH devraient toujours bénéficier d'une thérapie antirétrovirale.
- 4.13 **Promotion de l'allaitement au sein.** Les détenues ne devraient jamais être découragées d'allaiter leur enfant au sein, à moins de vivre avec le VIH. Lorsqu'il est acceptable, faisable, abordable, soutenable à long terme et sûr de recourir à des aliments de substitution, il est recommandé aux femmes vivant avec le VIH d'éviter d'allaiter (OMS, 2009c). La prison doit satisfaire les besoins particuliers d'une femme allaitante sur le plan de la santé et de la nutrition.

5. Il faut préparer la libération en établissant des plans pour garantir la continuité des soins, et l'accès à des services de santé et autres après la libération doit indiscutablement faire partie du programme des préparatifs de la libération. La planification de la libération est une question délicate et complexe, étant donné que la personne est emprisonnée en dehors de son lieu d'origine, et que le temps peut manquer pour les préparatifs, notamment si la peine est courte. Néanmoins, si ces défis sont relevés avec succès, les efforts seront récompensés par une réinsertion bien meilleure, moins de frais d'assistance sociale et des récidives moins fréquentes.

5.1 *Continuité des soins et planification de la libération.* Il existe des preuves concluantes de l'importance de la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies mettant en danger leur vie, comme le VIH ou la tuberculose, les personnes soignées pour une assuétude à la drogue ou des problèmes de santé mentale, et pour tous les prisonniers si la réinsertion est, à juste titre, considérée comme une priorité. Il existe des obstacles très réels à cette continuité, comme un isolement géographique par rapport à l'emplacement du domicile de la détenue, la rupture des liens familiaux, la perte d'un emploi et, souvent, d'un logement, et la nécessité de garantir qu'une femme ne retournera pas dans un foyer où elle est susceptible de subir des abus. Dans certains cas, la famille est réticente à l'accueillir et peut refuser.

Certaines de ces mesures contribueront à augmenter les chances d'une réinsertion réussie. Toutefois, la possibilité de recevoir de l'aide au sein de la prison sur le plan de l'enseignement, de la formation professionnelle et de l'intensification de l'estime de soi constituera un facteur clé, tout comme une meilleure compréhension des relations humaines, le contrôle de la colère, la condition physique personnelle et des aptitudes à la vie quotidienne et à la tenue d'un ménage. Il y a un problème à régler dans le cas où une mère a ses enfants avec elle et est donc dans l'incapacité de participer à ces activités. Les préparatifs de la libération devraient presque commencer lors de la mise sous écrou. Les services de santé de la prison devraient être un partenaire à part entière des autres services disponibles dans les prisons, de façon à pouvoir établir des plans globaux d'assistance après libération.

À ce sujet, comme pour toutes les questions soulevées ici, les femmes elles-mêmes devraient être consultées afin d'établir leurs besoins en général et en matière de réinsertion.

5.2 *Un rôle important pour les organisations non gouvernementales.* La réinsertion après libération peut être grandement facilitée en recourant à des groupes de volontaires et autres groupes sociaux qui font la liaison entre les prisons et les milieux extra-carcéraux. Les organisations non gouvernementales peuvent être particulièrement utiles pour procurer certaines nécessités de base, comme un logement, un emploi et le rétablissement de liens avec les services de santé primaires.

5.3 *Incarcération d'étrangères.* Il convient de prendre en considération les besoins spécifiques aux détenues étrangères, qu'elles soient de jeunes filles ou des femmes plus âgées, et d'établir des projets adéquats. Il faut comprendre les différences culturelles dans les législations et les systèmes de justice pénale, et prendre des mesures adéquates pour gérer ces aspects dans le cadre de la planification de la libération et de l'assistance aux détenues.

Conclusions

Ce document de référence apporte les preuves écrasantes de la nécessité d'un changement et de toute une série d'innovations requises pour améliorer l'état actuel des systèmes de santé et de justice pénale et des prisons pour femmes dans toute l'Europe et le reste du monde. Ce qui peut être fait est clair ; ce qui devrait être fait est maintenant plus évident et plus acceptable.

La Déclaration de Kyev sur la santé des femmes en milieu carcéral est fermement basée sur le présent document de référence et sur les bases factuelles, qui indiquent des manquements en matière de droits de l'homme, d'équité entre les sexes et de justice sociale.

Bibliographie

- Alejos M (2005). *Les bébés et jeunes enfants vivant en prison*. Genève, Bureau quaker auprès des Nations Unies, 2005.
- Bastick M (2005). *A commentary on the standard minimum rules for the treatment of prisoners*. Geneva, Quaker United Nations Office.
- Bogemann H (2007). *Promoting health and managing stress among prison employees*. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2008). *Déclaration de Trenčín relative à la santé mentale en prison*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, consulté le 26 janvier 2009).
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). *Women prisoners and HIV/AIDS*. Ottawa, Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (2004). *Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants*. Strasbourg, Conseil de l’Europe.
- Conseil de l’Europe (2000). *Recommandation 1 469 de l’Assemblée parlementaire (2000)*. Strasbourg, Conseil de l’Europe.
- Conseil de l’Europe (2006). *Règles pénitentiaires européennes*. Strasbourg, Conseil de l’Europe.
- Conseil économique et social des Nations Unies (2002). *Principes de base concernant le recours à des programmes de justice réparatrice en matière pénale*. New York, Nations Unies (résolution 2002/12).
- Constitutional Court of South Africa (2007). *M v The State*. Braamfontein, Constitutional Court of South Africa.
- Corston J (2007). *The Corston report: a report by Baroness Jean Corston of a review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system*. London, Home Office.
- Covington S (2007). Women and the criminal justice system. *Women’s Health Issues*, 17:180–182.
- Douglas N, Plugge E (2008). The health needs of imprisoned female juvenile offenders: the views of the young women prisoners and youth justice professionals. *International Journal of Prisoner Health*, 4:66–76.
- Fowler L (2002). *Drugs, crime and the drug treatment and testing order*. London, NAPO – Trade Union and Professional Association for Family Court and Probation Staff (ICCF Monograph, No. 2).
- Hayton P (2007). *Protecting and promoting health in prisons: a settings approach*. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).
- Kelly P et al. (2007). *Health interventions with girls in the juvenile justice system*. *Women’s Health Issues*, 7:227–236.
- Kurten-Vartio S (2007). *Women in prison: social, economic and cultural rights of female prisoners*. Brussels, European Parliament (http://www.europarl.europa.eu/hearings/20070626/femm/kurten_vartio_en.pdf, accessed 26 January 2009).

Martin RE (2008). *Rationale, description and implications of a participatory health research project in a Canadian women's prison* [dissertation]. Manchester, University of Manchester.

Nations Unies (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. New York, Nations Unies.

Nations Unies (1955). *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*. New York, Nations Unies.

Nations Unies (1979). *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. New York, Nations Unies.

Nations Unies (1988). *Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement*. New York, Nations Unies.

Nations Unies (1990). *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*. New York, Nations Unies.

Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (2004). *Rapport annuel 2004 : état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Lisbonne, Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/fr/page096-fr.html>, consulté le 26 janvier 2009).

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1994). *Discrimination against women: the Convention and the Committee*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Fact Sheet No. 22).

Ogloff J, Tye C (2007). Responding to mental health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

OMS (1993). *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3_fre.pdf, consulté le 26 janvier 2009).

OMS (2009a). Santé génésique [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/, consulté le 26 janvier 2009).

OMS (2009c). *VIH et alimentation du nourrisson*. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/hivif/fr/index.html, consulté le 26 janvier 2009).

Parlement européen (2008). *Résolution sur la situation particulière des femmes en prison et l'impact de l'incarcération des parents sur la vie sociale et familiale*. Bruxelles, Parlement européen.

Penal Reform International (2007). *Women in prison: incarcerated in a man's world*. London, Penal Reform International (Penal Reform Briefing No. 3).

Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R (2006). *The health of women in prison: study findings*. Oxford, Department of Public Health, University of Oxford.

Prison Reform Trust (2006). *Bromley briefings prison factfile*. London, Prison Reform Trust.

Prison Reform Trust (2007). High numbers of people with learning disabilities and difficulties held behind bars [press release]. London, Prison Reform Trust.

Quaker Council for European Affairs (2007). *Women in prison: a review of the conditions in Member States of the Council of Europe*. Brussels, Quaker Council for European Affairs.

Reyes H (2000). *Women in prison and HIV*. Geneva, International Committee of the Red Cross.

- Robertson O (2008). *Children imprisoned by circumstance*. Geneva, Quaker United Nations Office.
- Rutherford M (2008). *The Corston report and the government's response: the implications for women prisoners with mental health problems*. London, Sainsbury Centre for Mental Health.
- Severson M, Postmus JL, Berry M (2005). Incarcerated women: consequences and contributions of victimization and intervention. *International Journal of Prisoner Health*, 1:223–240.
- Taylor R (2004). *Women in prison and children of imprisoned mothers: preliminary research paper*. Geneva, Quaker United Nations Office.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2004). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
- Walmsley R (2006). *World female imprisonment list*. London, International Centre for Prison Studies.
- Weinstein C (2005). *Men's hands off women prisoners*. Oakland, California Prison Focus.
- WHO (2006). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct/en>, accessed 26 January 2009).
- WHO (2007a). *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).
- WHO (2007b). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).
- WHO (2007c). *Status paper on prisons and tuberculosis*. Geneva, World Health Organization (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).
- WHO (2007d). *Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf, accessed 26 January 2009).
- WHO (2007e). *Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>, accessed 26 January 2009).
- WHO (2009b). *Sexual health*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>, accessed 26 January 2009).
- WHO Regional Office for Europe (1999). *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).
- WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).
- WHO Regional Office for Europe (2007a). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2007b). *Fact sheet on prisons and mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/topics/20071010_1, accessed 26 January 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). Prison health database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/HIP>, accessed 26 January 2009).

Wolf AM et al. (2007). Responding to the health needs of female offenders. In: Sheehan R, McIvor G, Trotter C, eds. *What works with women offenders*. Devon, Willan Publishing.

Zlotnick C (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:761–763.

Zoia D (2005). Women and healthcare in prison: an overview of the experiences of imprisoned women in Italy. *International Journal of Prisoner Health*, 1:117–126.

Zurhold H, Haasen C (2005). Women in prison: responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1:127–141.