

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
16, RUE BONAPARTE – 75272 PARIS CEDEX 06
TÉL : 01 42 34 57 70 – FAX : 01 40 46 87 55

Rapport

*Au nom d'un groupe de travail*des Commissions X (Reproduction et développement) et XVII (Ethique et droit)*

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec le contenu de ce rapport

Assistance médicale à la procréation en prison

MOTS-CLES : .ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION, PRISON

Assisted reproductive technology in prison

KEY-WORDS : ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY, PRISON

Roger HENRION**

RESUME

En 2011, l'Académie nationale de médecine a été saisie de la délicate question de l'assistance médicale à la procréation (AMP) en prison, question déjà ancienne puisque remontant à 1977, mais récurrente en raison de sa complexité, de sa gravité et des interférences qu'elle implique avec les structures judiciaires et pénitentiaires. Après avoir rappelé, d'une part les modifications de la loi pénitentiaire française et le contenu de la récente loi bioéthique, d'autre part le contexte carcéral si particulier de l'AMP en France et dans d'autres pays, le rapport aborde les nombreuses questions suscitées par de telles demandes. Il s'interroge d'abord sur le sens donné actuellement à l'incarcération et sur les possibilités d'avoir des rapports sexuels et de procréer en prison. Il constate que la réalisation d'une AMP dans ces conditions doit être placée sur le même plan que le traitement de toute autre pathologie et discute la compatibilité de l'AMP avec les deux termes de la loi bioéthique : infertilité médicalement prouvée et persistance d'une communauté de vie. Le rapport envisage ensuite les intérêts en jeu et souligne l'importance d'apprécier à sa juste valeur le projet parental du couple intentionnel et de le confronter à l'intérêt de l'enfant, son bien-être et son avenir. Puis le rapport envisage les difficultés de la mise en œuvre de l'AMP en prison, les multiples contraintes matérielles qu'elle suscite ainsi que les aspects financiers. Il détaille les facteurs devant intervenir dans la décision : le parcours de l'incarcération, l'âge des protagonistes, la situation respective des parents intentionnels, les antécédents personnels et familiaux, la qualité du projet parental et les relations existant entre les futurs parents, leur état de santé physique et psychique, leur environnement familial, enfin la cause de leur incarcération et leurs antécédents judiciaires.

* Groupe de travail est constitué de :

- Mesdames M. Adolphe (Secrétaire), C. Bergoignan-Esper, D. Lecomte, A. Marcelli, M.O Réthoré
- Messieurs Y. Chapuis, G. David, J. Dubousset, M. Gentilini, R. Henrion (Rapporteur), P. Jouannet,
G. Nicolas, J.P. Olié, C. Sureau, P. Vert,

** Membre de l'Académie nationale de médecine

A l'issue de ce rapport, l'Académie nationale de médecine approuve le développement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux ; reconnaît que toute demande d'AMP en prison est à priori recevable à la condition qu'elle réponde aux dispositions de la loi de bioéthique en vigueur, notamment qu'elle soit indiquée par une infertilité médicalement prouvée et s'inscrive dans une communauté de vie familiale ; considère que la décision de réaliser une AMP pour les personnes détenues doit être prise par les centres d'AMP autorisés sur qui pèse une lourde responsabilité ; rappelle qu'en cas de conflit entre les intérêts du couple et ceux de l'enfant, le bien être de l'enfant doit être privilégié ; souhaite qu'une évaluation du développement psychomoteur de tout enfant, conçu ou non par AMP, né ou ayant séjourné en prison avec sa mère, soit mise en place ; insiste sur la nécessité d'une part d'informer les parents intentionnels des aléas, des contraintes et des conséquences des pratiques d'AMP, d'autre part de leur faire prendre conscience de leur responsabilité parentale.

SUMMARY

Introduction

En 2011, l'Académie nationale de médecine (ANM) a été saisie de la délicate question de l'assistance médicale à la procréation (AMP) en prison par le médecin d'une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Malgré le caractère assez exceptionnel d'une telle demande et en raison de la complexité des questions qu'elle soulève, ainsi que des interférences qu'elle implique avec les structures judiciaires et pénitentiaires, l'ANM a décidé de constituer un groupe de travail et d'établir un rapport dont la longueur témoigne à la fois de la multitude et de la diversité des questions soulevées et du souci de traduire les différences d'appréciation éventuellement survenues au sein du groupe. Son objectif majeur a été de mettre en évidence la gravité de la décision à prendre à l'égard des demandeurs, qu'elle soit négative ou positive. Dans le premier cas, le refus de recourir à une AMP aggrave le sentiment de rejet de la société. Dans le second, son acceptation ne peut que soulever de légitimes préoccupations quant aux conditions de naissance et surtout de développement de l'enfant du fait des contraintes de l'environnement carcéral.

1. Une longue histoire

La demande d'une AMP pour des personnes incarcérées n'est pas récente. C'est en 1977 qu'a été adressée la première demande d'insémination artificielle (IA) au Centre d'étude et de conservation du sperme (CECOS) à l'hôpital du Kremlin Bicêtre. La démarche n'était pas motivée par une infertilité mais par le fait que la femme aurait atteint l'âge de la ménopause à la date présumée de la libération de son compagnon détenu pour une longue peine, à Fleury-Mérogis. Après plusieurs entretiens avec le psychiatre de cet établissement et le médecin du CECOS, aucune contre indication médicale ou psychologique n'étant ressortie, trois éjaculats ont été recueillis dans l'établissement pénitentiaire et transférés au CECOS où ils ont été congelés. La femme est devenue enceinte au neuvième cycle d'insémination pratiquée par sa gynécologue en ville. De manière imprévue, le mode de conception fut révélé dans la presse avant l'accouchement en 1978 et l'histoire de ce couple connut un certain retentissement médiatique.

Au cours des années suivantes, plusieurs demandes d'AMP furent formulées par des femmes dont le compagnon était en détention. S'interrogeant sur le bien-fondé de ce type de démarche, Georges David saisit le Garde des Sceaux en 1982 au nom de la fédération des CECOS dans le même temps où une conduite à tenir était définie pour l'ensemble des centres. Elle était fondée pour l'essentiel sur la nécessité que la prise en charge médicale soit autorisée par les autorités pénitentiaires. Dans sa réponse, le conseiller du Garde des Sceaux assura que *« chaque fois que l'Administration pénitentiaire sera en mesure d'y procéder, le transfèrement du détenu concerné vers la prison la plus proche du centre de conservation pourra être effectué »* pour faciliter l'organisation de la congélation du sperme. Considérant le statut matrimonial des détenus, il était précisé que *« c'est au médecin qu'il appartient de s'en assurer lui-même dans le respect du code de déontologie et du secret médical »*. *« Quant aux frais exposés par cette technique d'insémination, ils ne pourraient qu'incomber aux patients... Les intéressés ne pouvant bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité Sociale... dans la mesure où il ne s'agit pas du traitement de la stérilité »*.

Malgré ces encouragements et la neutralité bienveillante de l'administration pénitentiaire, les médecins, aussi bien ceux travaillant dans les centres d'AMP que ceux exerçant en milieu carcéral, ont continué à s'interroger sur le sens d'une AMP ne répondant pas à une indication médicale et sur les conditions de sa réalisation. A titre d'exemple, on peut citer la lettre adressée en 1988 par Georges David à Xavier Emmanuelli, médecin chef de la maison d'arrêt de Fleury- Mérogis, qui le sollicitait pour un couple : *« Il nous est apparu que de telles demandes, se situant dans un contexte où il n'y a pas de problème de stérilité d'origine pathologique, ne concernent pas le corps médical. En effet, c'est uniquement l'impossibilité de réaliser des rapports sexuels physiologiques qui constitue l'obstacle à la procréation. On se trouve donc devant un problème relevant non du corps médical mais de l'administration pénitentiaire. Je dirai en clair et dans une formulation raccourcie : Jusqu'où veut-on qu'aille la peine ? Veut-on ou non qu'il y ait privation des rapports sexuels entre conjoints ? Veut-on ou non qu'il y ait la possibilité de procréation ? »*.

En 1991, nouveau rebondissement. Le ministre de la justice, Henri Nallet, suscite une polémique en décidant d'autoriser les détenus à bénéficier des techniques de l'AMP qu'il y ait ou non une indication médicale. Claude Evin, ministre des affaires sociales et de la solidarité et le Conseil national de l'Ordre des médecins, réagissent vivement, considérant que ces techniques doivent impérativement rester dans le champ de la thérapeutique.

Depuis cette date, les centres d'AMP continuent à recevoir des demandes pour des couples dont l'un des partenaires ou les deux sont détenus sans que les questions suscitées par ces demandes n'aient toujours reçu des réponses claires et satisfaisantes, tant pour les médecins exerçant en milieu pénitentiaire que pour ceux exerçant dans les centres de procréation médicalement assistée.

Au cours des auditions, il est apparu aux membres du groupe de travail que ces questions d'apparence ponctuelle dépassaient en fait amplement le cadre de l'AMP pour des personnes détenues et étaient représentatives des conséquences des progrès médicaux et de l'évolution de notre société.

2- L'état des lieux

2-1. Les dispositions législatives françaises

La loi pénitentiaire

Avant 1994, la santé des détenus était organisée sur la base de l'article D 380 du code de procédure pénale. Lors de son incarcération, le détenu perdait sa couverture sociale, la prise en charge incombait à l'administration pénitentiaire au même titre que le gîte et le couvert. Les soins étaient gratuits, assurés à l'infirmerie par un médecin vacataire choisi par le directeur de l'établissement.

Les coûts étaient assumés par l'administration pénitentiaire y compris les hospitalisations.

A partir de 1983, une évolution apparaît. Le contrôle de la santé des détenus est confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) alors qu'il dépendait de l'Inspection Générale de la Justice (IGJ). En 1985, l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement public national de santé. La même année sont créés les Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR), au nombre de 26 à ce jour, pour la prise en charge des soins psychiatriques. En 1987, un programme de 13000 places par ouverture de 21 établissements, réservées aux fins de peine ou à de courtes peines, est confié à un groupe privé pour dix ans où tout est réglé par des organismes privés, même la santé. En 1989, est établie une convention liant la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et le Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) Pitié-Salpêtrière pour traiter les détenus infectés par le VIH. Ces conventions sont ensuite étendues à d'autres pathologies et d'autres établissements (Laon, Chateauroux). Enfin en 1992, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) se voit confier par les ministres de la santé et de la justice une mission afin de faire un état des lieux et de proposer des solutions. Le rapport est remis en janvier 1993.

La loi du 18 janvier 1994 réforme alors complètement le système de santé pénitentiaire dans le but d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population selon deux axes prioritaires :

- le service public hospitalier assure les soins en prison avec la création dans les établissements pénitentiaires d'Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) (art L 6112-1 CSP). Ces unités sont rattachées à un établissement de santé de référence qui est en général l'établissement hospitalier de proximité. Les praticiens hospitaliers en charge de l'UCSA sont rattachés à l'hôpital et sont donc indépendants de l'administration pénitentiaire. D'autre part, sont créées des Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), au nombre de huit si on inclut l'unité de l'hôpital de Fresnes, destinées aux hospitalisations de plus de huit jours.

- les détenus ainsi que leurs ayants droit sont affiliés au régime général de l'assurance maladie et l'Etat verse une cotisation forfaitaire (art 381-3 CSS).

Les textes d'application suivent rapidement : décret du 27 octobre 1994 et circulaire du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques, accompagnés d'un guide méthodologique. Plus récemment, le principe d'égalité des soins a été réaffirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 ainsi que la fonction de réinsertion de la détention : « *Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui*

permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions »(art.1).

Au plan psychiatrique, la demande croissante de soins a conduit à une organisation à trois niveaux :

- niveau 1 : prise en charge individuelle et de groupe développée dans les UCSA et les SMPR, l'UCSA ne possédant pas de consultations en psychiatrie lorsqu'un SMPR existe ;
- niveau 2 : possibilité d'une hospitalisation de jour dans la plupart des SMPR ;
- niveau 3 : hospitalisation complète en unité hospitalière spécialement aménagée située à l'extérieur de la prison (UHSA).

La loi de bioéthique et l'AMP

La loi relative à la bioéthique votée en 2011(loi n°2011-814 du 7 juillet 2011) a confirmé la finalité exclusivement médicale de l'AMP (art L 2141-2 CSP): *« l'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. **Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement constaté** ».*

Les conditions d'application sont précisées (art L 2141-2 CSP) : *« l'homme et la femme formant un couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès de l'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou **la cessation de la communauté de vie**, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation ».*

L'AMP ne peut être réalisée que dans des centres autorisés et depuis 2004, les activités sont encadrées par l'Agence de la Biomédecine (ABM) qui a entre autre pour mission *« De suivre, d'évaluer et, le cas échéant, de contrôler les activités médicales et biologiques (...) relevant de sa compétence et de veiller à la transparence de ces activités »* (art L 1418-1 CSP).

Il n'est pas inutile de rappeler que la loi a prévu une lourde sanction pénale pour le fait de procéder à une AMP en méconnaissance des conditions posées par l'article précité : 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende.

2-2. Le contexte carcéral

Quelques données de base sur l'état de la population carcérale en 2011 sont indispensables pour une bonne compréhension du problème.

Les détenus sont essentiellement des hommes ; 3,4% seulement était des femmes, pourcentage toutefois en hausse par rapport à 2009. Cette augmentation est d'autant plus remarquable qu'elle porte sur les femmes condamnées qui représentaient 72,2% de la population féminine écrouée.

Six établissements pour longue peine, disposant de 663 places en métropole, recevaient des femmes condamnées : trois exclusivement réservés aux femmes (Marseille, Poitiers, Rennes), trois étant des quartiers réservés au sein d'un centre pénitentiaire dédié à la population

masculine et féminine (Bapaume, Joux la ville, Roanne). Aucune femme n'étaient détenue en maison centrale.

Les peines courtes sont de loin les plus nombreuses. La durée moyenne de détention s'élevait à 9,4 mois en 2009 et 67 % des condamnés étaient détenus en maison d'arrêt, maisons qui accueillent les prévenus en attente de jugement et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Il existe une surpopulation carcérale. Chez les hommes, elle atteignait 100 à 200% dans les maisons d'arrêt. Chez les femmes, elle était supérieure à 100% dans 39 maisons d'arrêt ou quartiers maison d'arrêt, et supérieur à 150% dans 7 autres. Le 1er septembre 2012, le nombre de détenus était de 66126 pour 57385 places, soit un taux d'occupation de 115,2 %

Par ailleurs, la population carcérale s'est modifiée : augmentation du nombre d'auteurs d'infraction à caractère sexuel, du nombre des toxicomanes et des détenus atteints de troubles psychiatriques, du nombre de récidives, allongement de la durée des peines, fréquence des suicides, entre autres. De même doit être notée la fréquence des antécédents sociaux, judiciaires ou médicaux, des troubles psychiatriques, de l'illétrisme ou du faible niveau éducatif chez les détenus.

2-3. La demande d'AMP en milieu carcéral

Des situations différentes

Une demande d'Assistance médicale à la procréation peut être faite dans différentes circonstances. Il peut s'agir de réaliser un projet parental qui ne peut être satisfait parce que la détention ne permet pas à la fertilité naturelle de s'exprimer ou qu'il existe une infertilité de cause médicale.

Différents types de situations peuvent alors se manifester. Soit l'AMP a été entreprise avant la détention et il s'agit de la poursuivre, soit l'infertilité a été diagnostiquée avant la détention mais l'AMP n'a pas été entreprise, soit l'infertilité est diagnostiquée alors que l'un et/ou l'autre membre du couple sont détenus. Dans tous les cas, l'AMP nécessite que soient réalisés des entretiens et des investigations préalables qui ne peuvent être mis en œuvre que dans un centre spécialisé.

Si c'est l'homme qui est détenu, la réalisation de l'AMP nécessite qu'il soit extrait au moment de l'acte pour procéder à un recueil de sperme. Cependant, il est possible de trouver des aménagements. Le sperme peut avoir été prélevé au préalable et conservé congelé ce qui simplifie considérablement l'organisation de l'AMP en évitant d'extraire le détenu à une date conditionnée par l'ovulation de la femme et de répéter les prélèvements si plusieurs cycles de traitement se révèlent nécessaires. Dans ce cas la femme pourra être prise en charge selon les procédures habituelles et l'enfant pourra être élevé par sa mère non détenue.

Si c'est la femme qui est détenue ou si les deux partenaires le sont, le suivi médical est beaucoup plus complexe à organiser, notamment si l'AMP est une fécondation in-vitro (FIV). En effet, le suivi du traitement hormonal précédant le prélèvement ovocytaire nécessite que des dosages hormonaux et des échographies soient réalisés plusieurs fois pendant une période de 10 à 15 jours. Soit la femme pourra être extraite autant que nécessaire, soit elle devra être hospitalisée dans l'établissement réalisant l'AMP. Le prélèvement ovocytaire implique de toute façon une hospitalisation de jour. Le transfert embryonnaire réalisé entre 2 et 5 jours

plus tard peut être fait en ambulatoire. L'enfant pourra être élevé par le père à partir de la naissance mais il est beaucoup plus probable qu'il restera avec la mère en détention.

Signalons, par ailleurs, que ce rapport n'envisage pas la situation où des gamètes sont cryoconservés avant un traitement potentiellement stérilisant. Cet acte régulièrement pratiqué, y compris pour des personnes détenues, a pour seul but de préserver la fertilité. Il peut concerner une personne ne vivant pas en couple. C'est seulement dans un deuxième temps qu'une AMP sera éventuellement prévue et que devront être évoquées les différentes questions discutées dans ce rapport si la personne est détenue.

La demande en France.

Le groupe de travail a interrogé les centres autorisés d'AMP sur les demandes éventuelles qui ont été formulées par des personnes détenues au cours des trois dernières années. Vingt-neuf centres ont répondu à l'enquête, soit près de 30%.

Douze centres ont été sollicités au moins une fois alors que l'un ou l'autre des partenaires était détenu. Onze fois, il s'agissait de centres hospitaliers dont 9 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). Ces centres étaient situés dans la région parisienne (6 cas), ainsi qu'à Angers, Marseille, Perpignan, Rouen, Saint Etienne et Strasbourg.

Les centres ont reçu un total de 16 demandes (de 1 à 3) formulées par l'un et/ou l'autre partenaire (9 fois) ou par un médecin d'une UCSA (5 fois). Dans 12 cas, c'est l'homme qui était détenu, dans 4 cas les deux partenaires l'étaient.

Le plus souvent, il existait une indication médicale confirmée (14 fois sur 16).

Trois AMP ont été réalisées : 2 fois il s'agissait d'une FIV/ICSI et une fois d'un transfert d'embryons congelés. Deux fois sur trois, l'AMP avait été entreprise avant la détention. Dans l'un de ces cas, l'équipe a été informée de l'incarcération au moment du recueil du consentement, en fin de stimulation ovarienne et avant le prélèvement d'ovocytes. Le consentement de l'homme a été donné par l'intermédiaire du médecin de l'UCSA. Une seule naissance (gémellaire) a été obtenue.

Les critères considérés par les centres pour faire ou non l'AMP ont été par ordre décroissant sur une échelle de 0 à 5 : l'intérêt de l'enfant (4.5 en moyenne), l'indication de l'AMP (3.9), la longueur de la peine (3.6), les possibilités de procréation offertes à tous les détenus (3.5), et le motif de la détention (2.9), cette dernière case n'étant pas toujours remplie.

La situation dans les autres pays.

De très rares demandes d'AMP ont été relevées dans différents pays.

En Espagne, deux femmes ont eu l'autorisation de faire une FIV en 2008 et 2010 et ont pu éventuellement bénéficier d'une liberté conditionnelle dans ce but.

Aux Etats-Unis, deux demandes de pouvoir inséminer des femmes avec du sperme de leur mari incarcéré, en dehors de toute indication médicale, ont conduit à des décisions judiciaires contradictoires au début des années 2000. En 2001, une Cour d'appel fédérale a considéré qu'une procréation n'était pas incompatible en soi avec le statut d'une personne détenue,

En Australie, la cour suprême de l'Etat de Victoria a autorisé une femme détenue à bénéficier d'une FIV en 2010.

En Israël, les autorités pénitentiaires et le procureur général ont donné une autorisation en 2006 pour que du sperme puisse être sorti de prison afin d'être utilisé par insémination artificielle sans qu'il y ait stérilité. Finalement le couple a pu procréer naturellement après qu'il ait reçu l'autorisation de visites conjugales intimes.

Au Royaume-Uni, 28 demandes d'insémination artificielle ont été recensées de 1996 à 2007, date de l'arrêt Dickinson c. Royaume-Uni (voir ci-dessous). Douze n'avaient pas été maintenues, une avait été retirée car les intéressés avaient rompu, un demandeur avait bénéficié d'une libération conditionnelle et deux demandes étaient pendantes à la date de l'arrêt. Sur les douze demandes restantes, trois avaient été accordées et neuf refusées. Il est difficile de savoir ce qui s'est passé depuis 2007. Apparemment les 16 demandes qui ont été déposées auprès des pouvoirs publics ont été rejetées

En résumé, les demandes d'AMP concernant des personnes détenues sont rares. En France, elles sont formulées principalement auprès des CHU. Elles intéressent essentiellement des couples dont l'homme est détenu mais aussi des situations où les deux partenaires sont incarcérés. Les demandes sont presque toujours motivées par une indication médicale. Les critères prioritaires considérés par les équipes pour accepter sont l'intérêt de l'enfant et l'indication de l'AMP.

3- Les questions suscitées par les demandes d'AMP pour des personnes détenues

3-1 Jusqu'où veut-on qu'aïlle la peine ? Quel est le sens de l'incarcération ?

Au cours des dernières années, **l'appréciation du sens donné à l'incarcération a très nettement évolué.** Dans les différentes fonctions traditionnellement attribuées à la peine, qui incluent, d'une part les notions de sanction, d'exemplarité, de dissuasion, et de protection de la population, d'autre part de réinsertion, on a pu observer une tendance croissante à favoriser la réinsertion, comme le démontrent à l'évidence les recommandations du Conseil de l'Europe.

Ces recommandations Rec(2006)2 prennent en compte les principes contenus dans la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, notamment l'art. 8 sur le droit au respect de la vie privée. Elles rappellent que dans l'exécution des peines privatives de liberté, les impératifs de sécurité, de sûreté et de discipline doivent aller de pair avec des garanties quant aux conditions de détention qui, non seulement ne doivent pas porter atteinte à la dignité humaine mais offrir en outre « *une prise en charge permettant la préparation à leur réinsertion dans la société* »

Au nombre des principes fondamentaux, on relève les articles suivants :

« *Les personnes privées de liberté conservent tous leurs droits qui ne leur ont pas été retirés selon la loi par la décision les condamnant à une peine d'emprisonnement ou les plaçant en détention provisoire* » (Partie I.2), « *les restrictions imposées aux personnes privées de liberté doivent être réduites au strict nécessaire et doivent être proportionnelles aux objectifs légitimes pour lesquels elles ont été imposées* » (Partie I.3), « *La vie en prison est alignée aussi étroitement que possible sur les aspects positifs de la vie à l'extérieur de la prison* » (Partie I.5), « *Chaque détention est gérée de manière à faciliter la réintégration dans la société libre des personnes privées de liberté* » (Partie I.6).

Toutes les personnalités auditionnées, quelle que soit leur fonction, ont exprimé leur adhésion a ces principes sous réserve toutefois du caractère dangereux et manipulateur de certains individus.

Ces principes fondamentaux inspirent également la Partie III des recommandations du Conseil de l'Europe qui concerne la santé. Le texte recommande **l'alignement des soins dispensés en**

prison sur ceux dispensés et disponibles dans la société libre, sans aucune restriction. Ce principe d'équivalence est appliqué en France depuis 1994¹.

Pour mémoire, l'exécution des décisions de la Cour européenne se borne à une indemnisation des requérants par l'Etat condamné. Elle n'a pas le pouvoir d'abroger une loi ou un règlement. Cependant, la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme s'impose aux Etats et donc à l'Etat français et à l'ordre juridique interne par application de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958. La Convention européenne a donc une valeur supérieure à la loi française et tout justiciable peut l'invoquer.

3-2 La privation de liberté implique-t-elle une privation de rapports sexuels entre conjoints ? Quelles sont les possibilités de procréation ?

Les recommandations du Conseil de l'Europe prennent également en compte l'article 12 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur **le droit de se marier et de fonder une famille** : « *A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme ont le droit de se marier et de fonder une famille selon les lois nationales régissant l'exercice de ce droit* ». Ce droit est reconnu aux détenus. Selon les termes même des règles pénitentiaires européennes (R24-4) : « *les modalités des visites doivent permettre aux détenus de maintenir et de développer des relations familiales de façon aussi normale que possible* ». Plusieurs arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme sont venus confirmer cette prise de position depuis le premier arrêt datant du 13 décembre 1979 « Hamer c/ Royaume-Uni ». Un de nos interlocuteurs a même déclaré que le refus de ces principes pourrait être considéré comme « une double peine ».

Dans la droite ligne de ces préconisations, **les pouvoirs publics et l'administration pénitentiaire française ont décidé de favoriser le développement des liens familiaux** ce qui suppose non seulement pour les détenus de recevoir dignement leur famille, mais aussi d'avoir des rapports sexuels, sous réserve des impératifs de sécurité et bien que le mot « sexualité » n'apparaisse jamais dans les textes.

C'est pourquoi ont été expérimentées en France depuis septembre 2003 des **unités de vie familiale (UVF)**² qui permettent aux personnes incarcérées de partager des moments

1 Ces directives européennes ont été parfois contestées par les Etats. Ainsi, en 2006, le gouvernement du Royaume-Uni, a exprimé son opposition à cette conception extensive des droits des détenus, alléguant : a) que l'impossibilité pour les détenus de fonder une famille constituait une conséquence explicite de l'emprisonnement, b) que le maintien de la possibilité pour les détenus de concevoir des enfants pendant la détention pourrait donner lieu à de graves et légitimes préoccupations du public, c) qu'il n'était pas souhaitable, de manière générale, que les enfants soient élevés au sein d'une famille monoparentale.

Le Royaume-Uni a récemment introduit un recours contre les décisions de la CEDH et l'application de la Convention du conseil de l'Europe et a demandé qu'une marge d'appréciation plus large soit laissée aux Etats qui sont en principe les mieux placés pour appliquer les droits prévus par les textes et les décisions européennes. Il n'a cependant pas eu gain de cause, obtenant seulement qu'une référence à cette marge d'appréciation soit mentionnée dans le préambule de la convention (décision du 19 avril 2012).

2 La modalité de fonctionnement de ces unités a été précisée par une circulaire de l'administration pénitentiaire du 26 mars 2009. Il s'agit d'appartements meublés, de type F2 ou F3, situés dans l'enceinte pénitentiaire, à l'extérieur de l'espace de détention et conçus pour y mener une vie autonome. Toute personne détenue « peut bénéficier à sa demande d'au moins une visite trimestrielle dont la durée est fixée en tenant

d'intimité sans surveillance, et cela à la satisfaction des familles, des détenus, de l'administration pénitentiaire et des personnels.

Dans le même esprit, ont été aménagés des parloirs sans surveillance directe et continue appelés **parloirs familiaux (PF)**³, compromis entre les UVF et les parloirs « classiques » où les rapports ne peuvent être que furtifs et où « *le fait d'imposer à autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur est punie* ». Il n'en demeure pas moins que ces rapports furtifs, plus ou moins tolérés, sont à l'origine de « bébés parloirs » dont il est difficile d'apprécier le nombre.

On doit remarquer qu'en 2011 :

- le total des établissements comportant des UVF et des PF était de 28 ce qui ne représentait que 14,7% des 191 établissements pénitentiaires. On doit cependant noter qu'en septembre 2012, le nombre des UVF ouvertes était de 70 et qu'il sera de 83 en 2013.

- l'accès aux UVF n'est pas simple. Il fait l'objet d'une double demande écrite émanant l'une du détenu, l'autre de sa compagne qui doit être titulaire d'un permis de visite. Il doit être précédé d'une période de visite en parloir classique pour évaluer la qualité de la relation. Il doit être précédé également d'un ou de plusieurs entretiens avec un membre du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). La décision est prise par le chef d'établissement qui en informe le juge de l'application des peines ou son délégué, après avoir recueilli l'avis, lors d'une commission pluridisciplinaire, du directeur du SPIP ou de son représentant, d'un membre du personnel de surveillance en charge des UVF ou de toute personne susceptible de l'éclairer utilement.

- les détenus incarcérés dans certains établissements rencontrent des difficultés d'accès aux UVF en raison de la surpopulation carcérale et du grand nombre des demandes.

- la limitation des rencontres familiales, parfois réduite à une seule par trimestre, rend difficile l'expression de la fertilité naturelle.

Un plan d'action visant à doter l'ensemble du parc pénitentiaire d'UVF et de PF, est à l'étude.

En résumé, si rien ne s'oppose en principe à ce que les couples puissent avoir des relations sexuelles et procréer naturellement quand l'un des deux ou les deux sont détenus, les possibilités pratiques ne sont pas encore très étendues.

3-3 La réalisation d'une AMP peut-elle être placée sur le même plan que celui d'une autre pathologie ?

compte de l'éloignement du visiteur », pouvant varier de 6 à 72 heures. Au 1^{er} février 2012, 60 UVF existaient, réparties sur 19 établissements. Tous les établissements du programme immobilier en cours en seront dotés.

3 Les parloirs familiaux sont des pièces fermées à clé, d'une superficie de 12 à 15 m², pourvus de sanitaires, d'un mobilier modulable et de la possibilité de prendre une boisson chaude. La durée du parloir ne peut dépasser la journée, fractionnée par une coupure à l'heure du déjeuner car il n'est pas possible d'y prendre un repas. Toutes les personnes détenues peuvent également en bénéficier à condition « *de démontrer l'existence d'un lien de parenté juridiquement établi ou d'un lien solide avec une autre catégorie de visiteur* ».

Au 1^{er} février 2012, 33 PF existaient répartis sur 9 établissements.

Les jours et la durée d'accès aux UVF et PF sont déterminés par le règlement intérieur. Pour les prévenus, l'accord de l'autorité judiciaire compétente est nécessaire.

L'ensemble des traitements de l'infertilité étant pris en charge par l'assurance maladie, il apparaît que ceux-ci, bien que d'essence différente, **doivent être inclus sans conteste dans la sphère des soins de santé**. Dès lors que les détenus peuvent se marier, avoir des rapports sexuels, fonder une famille et que les traitements de l'infertilité sont admis comme des soins de santé à part entière, se pose la compatibilité de l'AMP avec la loi bioéthique française, des intérêts en jeu, de la possibilité matérielle d'en réaliser les actes, d'en fixer les limites.

3-4 La réalisation d'une AMP pour un détenu est-elle compatible avec la loi ?

Le principe de l'AMP dans ce contexte a été approuvé par la majorité des personnes auditionnées par le groupe de travail et les membres de ce groupe dès lors que les **deux conditions** fixées par les lois de bioéthique révisée en 2011 sont remplies :

- **infertilité médicalement prouvée**
- **persistance d'une communauté de vie.**

L'infertilité médicalement prouvée

Aux termes de la loi, **il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une AMP en l'absence de la preuve médicalement démontrée d'une infertilité. La séparation due à la détention, « infertilité sociale », ne pouvant être assimilée à une infertilité médicale.**

L'acceptation de ce principe impliquerait que tous les détenus puissent accéder à des relations intimes avec leur partenaire sous réserve des impératifs de sécurité et que le diagnostic d'infertilité puisse être établi ou confirmé. Cette position de principe ne tient pas compte en effet de l'inégalité qui pourrait exister, d'une part entre les détenus fertiles et ceux qui ne le sont pas, d'autre part entre ceux qui peuvent bénéficier de parloirs familiaux ou d'unités de vie familiale et ceux qui ne le peuvent pas.

La persistance d'une communauté de vie

Juridiquement, il s'agit d'une obligation découlant du mariage ainsi qu'une condition d'accès à la nationalité française. La notion de communauté de vie comporte en principe un aspect matériel (cohabitation physique) et un aspect affectif (volonté de vivre ensemble). Pour refuser une expulsion, la jurisprudence a déjà pu considérer que la communauté de vie d'un couple constitué d'un homme étranger incarcéré, qui avait épousé sa compagne française en prison, n'avait pas cessé « *eu égard aux possibilités d'expression de la vie familiale qu'offre le régime d'incarcération* » (Cour administrative de Douai, 28 septembre 2000). Au regard de cette jurisprudence, il n'est pas certain que l'on puisse opposer à un détenu la condition de communauté de vie posée à l'article L.2141-2 al 2 CSP.

La plupart des personnes auditionnées n'ont pas vu de contradiction avec la loi, dès lors que la communauté de vie est préalable à la prison, que les détenus bénéficient de permissions de sortie ou même de rencontres régulières au sein des parloirs familiaux ou des unités de vie familiale, d'autant que l'administration pénitentiaire s'efforce de réunir les couples dans un lieu où coexistent des quartiers pour hommes et femmes quand les deux sont détenus. En revanche, l'hypothèse émise que la situation des personnes détenues pouvait être assimilée à celle de nombreux couples qui vivent éloignés l'un de l'autre du fait de leur activité professionnelle, n'a pas été retenue.

Le respect des conditions fixées par la loi pour accéder à une AMP implique que la décision revienne au médecin exerçant dans un centre autorisé pour cette activité. En cas de refus, le motif de la décision doit être clairement signifié aux intéressés.

Les divergences exprimées

Le groupe de travail a été confronté à des positions très contrastées sur l'opportunité d'autoriser l'AMP en prison :

- Plusieurs personnalités, parmi les plus favorables aux personnes en détention, se sont paradoxalement élevées contre tout projet d'AMP en prison craignant que ces pratiques viennent compenser l'absence d'unités de vie familiale. En aucun cas l'AMP ne devrait devenir une « rustine ».

- A l'opposé, la Cour Européenne des droits de l'homme (CEDH) s'est prononcée en faveur de l'AMP, même en l'absence de la preuve médicale d'infertilité, même en l'absence de communauté de vie, dans un arrêt exemplaire du 18 avril 2006, n°44362/04, concernant l'Affaire Dickson c. Royaume-Uni (**annexe 1**).

Cette position de principe en faveur de l'AMP fut confirmée récemment en d'autres circonstances par la CEDH : *« la Cour considère que le droit des couples à concevoir un enfant et à recourir pour ce faire à la procréation médicalement assistée relève également de la protection de l'article 8, pareil choix constituant une forme d'expression de la vie privée et familiale »* (SH et autres contre Autriche 3 novembre 2011).

D'après la CDEH, le droit d'avoir recours à une PMA ne peut donc faire l'objet que de restrictions strictement nécessaires et proportionnées à un but légitime dans une société démocratique. L'impératif visant à s'assurer que le demandeur ne représente pas un danger pour l'enfant pourrait remplir la condition de nécessité et de but légitime.

Curieusement, l'avenir des enfants, préoccupation majeure des membres de l'Académie a été souvent relégué au second plan par de nombreux interlocuteurs entendus en audition. Or, bien que l'accueil des enfants en prison soit assez bien organisé, leur vie reste pleine d'aléas.

3-5 La réalisation d'une AMP pour un détenu est-elle compatible avec les aspirations de la société ?

Est-il possible d'ignorer la réticence d'une partie de l'opinion publique ? En Grande Bretagne, des parlementaires ont dit leur incompréhension que l'AMP des détenus soit prise en charge par des fonds publics alors que certains couples ne peuvent pas accéder à l'AMP du fait de l'insuffisance de moyens alloués à cette activité par le National Health Service. De manière similaire, un médecin pénitentiaire français a fait remarquer que l'opinion d'une majorité de nos concitoyens était encore fort éloignée de la conception admise par les autorités européennes, considérant comme anormal que des criminels aient autant de droits que les personnes respectant la loi.

4. Les intérêts mis en jeu par une AMP pour une personne détenue

4-1. *Le désir du couple intentionnel*

A l'aspect symbolique du principe « d'équivalence » énonçant que toute personne détenue, homme ou femme, devrait pouvoir bénéficier d'une AMP, on peut ajouter que le désir d'enfant peut aider un détenu à se projeter dans l'avenir, ce qui est surtout vrai pour les femmes. Certaines vont développer un sentiment d'estime de soi, de valorisation, de plénitude grâce à leur enfantement ce qui leur permettra de mieux se réinsérer dans la vie courante, tandis que la réalisation de ce projet parental permettra à d'autres de lutter victorieusement contre leur addiction. Le désir d'enfant peut également contribuer à un renforcement des liens affectifs dans le couple et à une meilleure réinsertion sociale. Cependant, on ne peut exclure que ce désir puisse être « instrumentalisé » soit pour obtenir de meilleures conditions d'incarcération, soit pour bénéficier d'un aménagement de peine ou d'une sortie anticipée.

En fait, il est capital d'apprécier avant tout le projet parental à sa juste valeur et de le confronter à l'intérêt de l'enfant.

4-2 *L'intérêt de l'enfant*

Face au désir du couple intentionnel, on doit considérer l'intérêt de l'enfant, son bien-être et son avenir qui se posent de manière très différente selon que c'est le père, la mère voire les deux qui sont détenus.

- Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, la mère libre peut élever l'enfant. Tout dépend de sa capacité à le faire.

- Dans les deux autres cas, l'enfant va naître en prison ou y viendra avec sa mère d'où l'intérêt de connaître l'organisation pénitentiaire française concernant l'accueil de ces enfants (**annexe 2**).

Bien que beaucoup plus rare, cette situation n'est pas marginale. Entre 50 et 60 nourrissons sont accueillis chaque année dans les établissements pénitentiaires. Ils le sont soit parce que la mère était enceinte lors de sa mise en détention, soit parce que sa grossesse a été découverte pendant le temps de son incarcération, soit parce qu'elle a été condamnée alors qu'elle avait un enfant âgé de moins de dix-huit mois et qu'elle a refusé de s'en séparer, soit enfin parce qu'elle a été enceinte volontairement ou non pendant sa détention. Au-delà de dix-huit mois, l'enfant qui n'est pas détenu, ne peut plus rester auprès de sa mère, sauf exception.

Rappelons que l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 indique : « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ». On doit souligner qu'à côté des droits de l'enfant existe aussi un droit à l'enfance, le droit de vivre suffisamment longtemps et tranquillement la période de l'enfance. Malgré les améliorations indiscutables apportées au séjour des enfants avec leur mère en détention (**annexe 2**), l'enfant dont la mère ou les deux parents sont emprisonnés a tendance à cumuler les handicaps.

Après l'accouchement, l'établissement du lien entre la mère et l'enfant est fragile. Cette fragilité peut être due au passé de la mère et/ou à sa personnalité. Dans une étude de Rouillon et coll.⁴, 37% des femmes détenues avaient un très faible niveau éducatif, 18% avaient déjà été suivies par un juge pour enfants, 20% avaient fait l'objet d'un placement en foyer ou famille d'accueil et 40% disaient avoir subi des maltraitances physiques, psychologiques ou sexuelles.

Dans d'autres cas, la fragilité du lien entre la mère et l'enfant est liée aux répercussions de la détention sur la mère. Passé le cap de l'authentique dépression du post-partum, le comportement maternel peut aller d'un état de dépression mineure souvent masqué ou d'une apathie plus ou moins profonde à une expansivité anormale et revendicative. Certaines femmes développent un sentiment de culpabilité. D'autres vont projeter sur leur bébé leur sentiment de frustration. Souvent s'installe un état fusionnel entre la mère et son enfant rendant plus difficile l'inéluctable séparation.

D'autres difficultés sont dues aux contraintes réglementaires de la détention qui constituent un obstacle au bien être de l'enfant. Dans certaines maisons d'arrêt, les conditions matérielles rendent plus difficile la vie du nouveau né soumis au bruit, à un espace restreint, à la limitation du contact avec l'environnement naturel.

Un autre facteur important pour le développement de l'enfant est la cohésion de la famille. Or, le taux de rupture des couples serait de 11% au cours du premier mois de détention, de 20% au cours de la première année et de 25% dans les deux ans, les hommes ayant tendance à quitter plus souvent leurs épouses ou compagnes nettement plus fidèles. Bien que différents, on peut arguer que tous ces facteurs défavorables ne sont pas l'apanage des enfants de mères détenues.

Il est également intéressant de souligner que l'argument de l'absence du père a justifié le choix du législateur français d'interdire l'insémination et le transfert d'embryon post-mortem.

Mais une autre exigence est essentielle pour l'avenir de l'enfant : c'est la manière dont sera négociée la séparation de sa mère qui doit toujours être préparée, précédée éventuellement de séjours d'une durée progressive dans le futur lieu d'accueil de l'enfant. Il convient au juge d'application des peines ou au juge d'instruction d'autoriser des permissions de sortie ou des sorties sous escorte de la mère pour qu'elle puisse accompagner son enfant dans son futur lieu d'accueil. De même, l'administration pénitentiaire a prévu que, durant les six mois suivant son départ, l'enfant pourra être admis à séjourner pour de courtes périodes auprès de sa mère.

Quoiqu'il en soit, les avis des pédiatres divergent. Les uns estiment que favoriser la naissance d'un enfant dont la mère est en prison est regrettable - et même pour certains inadmissible - et ne pourrait se concevoir que si on envisage des solutions alternatives à l'incarcération, un aménagement de peine, une libération anticipée ou une libération conditionnelle, cette dernière étant possible lorsque la peine est inférieure ou égale à quatre ans et que l'enfant est âgé de moins de dix ans. D'autres sont moins pessimistes. Ils pensent que ce qui importe avant tout est la stabilité affective des premiers mois, « l'étayage » de l'enfant, son intérêt premier étant de pouvoir se construire avec une figure d'attachement

4 Rouillon F, Duburcq A, Fagnani F, Falissard B

Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Communication présentée à l'audition publique « Expertise psychiatrique pénale » organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, 2008.

principale, en l'occurrence la mère plus que le père. Certains enfants seraient même capables de construire dans leur esprit un véritable roman familial.

Deux questions subsidiaires ont été posées à nos interlocuteurs.

- La première concerne la souffrance que pourrait ressentir un enfant ou un adolescent apprenant que l'un de ses parents ou les deux sont des criminels avérés frappés d'une lourde peine de réclusion. Les réponses obtenues ont été évasives.

- La seconde a porté sur la possibilité qu'un enfant remette en cause les circonstances de sa conception, évoque un préjudice et instruit un procès contre ses parents pour l'avoir fait naître dans des conditions particulièrement défavorables, à l'instar de ce qui a été observé aux Etats-Unis par des enfants nés de mères ayant consommé du crack. Les réponses ont été claires : aucun procès de ce type n'a eu lieu en France, mais on ne peut exclure que des plaintes d'enfants conçus par AMP puissent se manifester.

En fait, il serait très souhaitable pour apprécier l'avenir de ces enfants à sa juste valeur de pouvoir disposer d'études à long terme. Malheureusement, on en est réduit à des supputations tant les données sur leur développement et le retentissement de leur prime enfance en prison semblent rares. Les conclusions d'une étude menée par Catan⁵ de 1986 à 1988 en Angleterre sur les performances des bébés vivant dans les unités mères-enfants pendant les deux premières années de leur vie sont nuancées. Pour ce qui concerne les premiers mois, le développement des enfants nés en prison ne présentait pas les retards sévères mis en évidence pour les enfants en institution telles que les orphelinats. Cependant, les scores tendaient à décliner graduellement à partir du quatrième mois au plan locomoteur et cognitif, le déclin locomoteur étant attribué par les auteurs au manque d'activité des enfants, plus ou moins confinés, le déclin cognitif au manque des jeux éducatifs. Les auteurs concluaient cependant que les unités mères-enfants bien organisées avaient le potentiel pour aboutir à un développement normal des enfants.

En conclusion, pour mieux apprécier l'avenir des enfants, qui ne repose le plus souvent que sur des considérations personnelles, il serait éminemment souhaitable qu'une évaluation du développement de ces enfants soit réalisée, malgré la réticence très marquée, voire l'opposition de certains médecins pénitentiaires.

5. Les aspects particuliers de l'AMP en prison

En dehors de toute considération éthique ou judiciaire, on ne peut faire abstraction des aspects purement pratiques évoqués tant par les médecins des UCSA que par les représentants de l'administration pénitentiaire ou les avocats. La réalisation d'AMP en prison pose des questions spécifiques.

5-1 La protection de la société et l'impératif de sécurité

⁵ Cette étude, citée par le rapport du Comité consultatif Belge est fondée sur l'observation de deux groupes d'enfants, les uns vivant avec leur mère en prison, les autres à l'extérieur, essentiellement dans des familles d'accueil. Le développement des enfants était évalué, chaque mois, à l'aide des « échelles de développement mental de Griffith » (1954), test standardisé évaluant le développement social, linguistique, cognitif et psychomoteur pour les deux premières années de la vie.

Une des finalités de l'emprisonnement est d'isoler le détenu de la société afin de garantir la sécurité des citoyens. Cette finalité constitue une mission régalienne de l'Etat et le respect de la vie privée et familiale garanti par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme n'est pas inconditionnel. L'article 8.2 de la Convention mentionne en effet des cas d'ingérence de l'Etat : « *pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui* » .

Cependant, à cet impératif de sécurité s'applique le principe de proportionnalité, le désir du couple intentionnel devant être confronté au risque entraîné par la mise en œuvre de la technique d'AMP. Un prélèvement de sperme pour insémination est à l'évidence moins complexe à organiser en terme d'extractions et d'escortes et entraîne donc moins de risque qu'une fécondation in vitro où une hospitalisation est nécessaire. D'autre part, on ne peut ignorer la dangerosité du ou de la détenu pouvant instrumentaliser la demande médicale. L'avis du juge d'application des peines est déterminant.

5-2 Les difficultés résultant de la diversité des intervenants

Une bonne coordination est essentielle dans l'application de toute technique d'AMP, déjà sujette à de nombreux échecs en temps normal. Cette coordination est encore plus délicate dans les circonstances d'une détention.

D'abord parce qu'elle dépend de l'intervention d'un grand nombre d'acteurs dont les préoccupations professionnelles sont normalement différentes. Les uns, personnels de l'administration pénitentiaire, policiers, gendarmes ont en vue la sécurité, les autres la santé.

Ensuite parce que le partage mutuel des informations entre les professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse, dans le respect du secret professionnel, est parfois compliqué et semble varier d'un établissement à l'autre et selon les personnalités en présence. Ce partage d'informations opérationnelles, éminemment souhaitable en cas d'AMP, a été codifié par la circulaire interministérielle élaborée pour répondre aux interrogations des professionnels de santé et de la justice.⁶

5-3 Les contraintes matérielles

Les extractions ne sont pas simples à planifier. Elles requièrent d'abord l'autorisation du juge d'application des peines. Pour une consultation médicale, elles doivent théoriquement être assurées par les personnels pénitentiaires et mobilisent deux gardiens et un chauffeur, à deux exceptions près : quand l'établissement ne dispose pas de moyens suffisants ou lorsqu'il s'agit de détenus particulièrement signalés (DPS). En fait, il semble que ce soit encore le plus souvent la police ou la gendarmerie qui assurent la conduite et la garde en raison de la pénurie de gardiens.

6 Circulaire du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D154 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Quand une hospitalisation s'impose, les missions de transfert entre établissements pénitentiaires et les UHSI incombent aux forces de l'ordre. Le chef de l'établissement pénitentiaire doit alors donner tous les renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour qu'elle puisse mettre en oeuvre l'escorte et la garde de la personne par les services de police ou de gendarmerie.

Tant les médecins pénitentiaires que les avocats ont signalé des délais d'attente, voire des reports de rendez-vous, par impossibilité d'extraction, peu compatibles avec les rendez-vous extrêmement précis exigés par la réalisation d'une AMP.

5-4 Les aspects financiers

Il est clair que rendre les traitements de l'infertilité accessibles aux détenus, même si les cas seront rares, aura un coût financier élevé. Aux soins médicaux pris en charge à 100% par la sécurité sociale, s'ajouteront les frais dus aux extractions et aux transferts. Cela pose la question des moyens dont dispose l'administration pénitentiaire dans notre pays pour assurer les soins de santé en prison. Pour certains, il peut paraître déraisonnable d'absorber, même une part modeste du budget, à des traitements de l'infertilité, alors que l'on sait que les besoins en matière de soins de santé et d'équipement sont loin d'être satisfaisants.

6- Les facteurs intervenant dans la décision

La plupart ont déjà été considérés dans le corps du rapport. S'agissant de bonnes pratiques, ces facteurs sont à nouveau repris en détail ci-dessous.

Le parcours de l'incarcération

C'est un facteur essentiel. Entreprendre une AMP non initiée auparavant ne devrait se poser réellement que pour les détenus en centre de détention (établissement accueillant des condamnés dont le reliquat de peine est supérieur à trois ans après condamnation définitive et déductions de la durée de la détention provisoire) ou en maisons centrales réservées aux condamnés les plus difficiles. L'AMP ne devrait pas être envisagée pour les détenus en maison d'arrêt condamnés à de courtes peines, pour ceux dont le reliquat de peine est inférieur à deux ou trois ans, ni pour ceux bénéficiant d'une libération conditionnelle ou de permissions de sortie, hormis les cas où l'âge de la femme justifie d'intervenir plus rapidement ou quand les traitements ont débuté avant l'incarcération.

L'âge des couples et de la femme en particulier

Que la femme soit incarcérée ou libre, on doit tenir compte des limites biologiques lui permettant de procréer et des limites fixées par les caisses d'assurance maladie en France pour lesquelles les techniques d'AMP ne sont plus prises en charge au-delà de 43 ans.

La situation respective des parents intentionnels

Les conditions de prise en charge et les conséquences, notamment pour les enfants, seront bien différentes si la demande émane d'un détenu dont la compagne ou l'épouse est libre, demande qui peut être admise sous réserve de la situation économique et sociale de la mère ou si les deux parents ou la mère sont détenus. Dans ce cas, la grossesse risque de se dérouler en prison ainsi que les premiers dix-huit mois de l'enfant, séjour prolongé suivi d'une séparation plus ou moins brutale dans des conditions d'accueil plus ou moins favorables dont nous avons largement évoqué les différents aspects et les conséquences.

Les antécédents personnels et familiaux

Nombre d'hommes ou de femmes incarcérés ont eu une enfance particulièrement difficile : famille éclatée, placements successifs en familles d'accueil, séjours en institution, maltraitements physiques, psychologiques ou sexuelles qui ont pu laisser des cicatrices. Les résultats d'une enquête diligentée par l'administration pénitentiaire et menée en 2003 et 2004⁷ sont à ce sujet particulièrement éclairant. Avant l'âge de 18 ans, plus du quart (28%) de la population étudiée avait été suivi par un juge pour enfant et 22% avaient fait l'objet d'une mesure de placement. 28% ont déclaré avoir subi une maltraitance de nature physique, psychologique ou sexuelle, enfin 16% avaient été hospitalisés pour raisons psychiatriques. Par ailleurs, l'emprisonnement aggrave la marginalisation sociale et économique des détenus.

Les relations entre les parents intentionnels et le projet parental

De la situation des parents intentionnels, dépendent la solidité et la viabilité du projet parental qu'il est nécessaire d'apprécier au plus juste. Plusieurs paramètres peuvent l'influencer : le mariage et/ou la durée de vie commune avant la détention, le maintien et la qualité de la relation à l'épreuve de l'incarcération, l'inéluctable érosion au fil du temps en fonction de la durée de la peine. Nous avons vu que les taux de rupture étaient très importants même si ils s'avèrent peu différents de ceux observés désormais dans la vie courante, la femme libre étant habituellement plus solidaire et plus fidèle que l'homme. Lorsque le projet parental implique des personnes qui se sont connues au cours de la détention, à plus forte raison si les personnes ne se connaissent que par voie épistolaire, la prudence est de mise.

L'état de santé physique et psychique des parents

La France a le triste privilège de comporter une morbidité psychiatrique spécialement élevée dans la population carcérale, en particulier une prévalence de troubles aussi graves que les états psychotiques chroniques d'au moins 10% des personnes détenues contre 1% dans la population générale alors qu'elle est de l'ordre de 4% dans les pays comparables.⁸

L'état de santé physique n'est guère plus brillant. La prévalence du VIH, du VHC et de la polytoxicomanie est beaucoup plus élevée en prison.

7 Enquête de prévalence portant sur un échantillon de 800 personnes détenues tirées au sort en tenant compte des différents types d'établissements.

8 Falissard B., Loze J.Y, Gasquet I., et Coll
Prévalence of mental disorders in French prisons for men
BMC Psychiatry, 2006,6,33

La prévalence du VIH en milieu pénitentiaire était 4,5 fois supérieure à celle constatée en milieu libre (1,04% versus 0,23%) et celle du VHC de quatre à sept fois supérieure (4,2% versus 0,23%) dans l'enquête « un jour donné » datant de 2003⁹. La prévalence du VHC était même estimée à 7,1% dans le « Premier observatoire prisons hépatite C » (POPHEC)¹⁰. Dans l'enquête de 2003, un quart des entrants déclaraient consommer au moins deux substances psychoactives.

L'environnement familial et social du détenu

Une AMP peut être plus facilement accordée lorsque l'un des parents intentionnels est libre et dans des conditions susceptibles de répondre au mieux aux intérêts de l'enfant. Dans les cas où l'enfant né en prison serait amené à être séparé de sa mère incarcérée et ne pourrait être élevé par son père, il convient d'apprécier avec circonspection les conditions de son accueil à l'extérieur. L'environnement familial et social, grands-parents, oncles ou tantes, cousins, est alors capital.

La cause de l'incarcération et les antécédents judiciaires

C'est un point particulièrement délicat. Autant il a semblé logique aux membres du groupe de travail de s'enquérir de la nature du délit ou du crime commis et des antécédents judiciaires du ou des demandeurs avant d'accéder à la demande d'AMP, autant cette suggestion a provoqué des réactions défavorables, voire hostiles, de la part de certaines personnalités auditionnées. Les exemples évoqués à plusieurs reprises par l'une des membres du groupe de travail, celui d'un pédophile récidiviste ayant abusé de ses filles et celui de mères criminelles n'ont pas provoqué de réticence de principe de la part de ces personnalités au grand étonnement des membres du groupe de travail. Si on peut concevoir que ces renseignements n'ont effectivement aucun intérêt quand il s'agit de soigner une tuberculose, une hépatite ou une infection à VIH, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de la conception d'un enfant, de son bien être et de son avenir. On peut cependant admettre que si les antécédents ou la situation sociale des demandeurs est prise en compte, ce doit être dans les mêmes conditions que pour toute autre personne non détenue.

Rappelons qu'au regard de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, une distinction est discriminatoire et par conséquent condamnable, lorsqu'elle manque de justification objective et raisonnable. Or en l'espèce la différence de traitement entre délinquants sexuels stériles et les autres ne reposerait sur aucune justification objective, puisqu'une telle différence de traitement ne résulterait que du simple constat selon lequel on ne peut pas interdire aux délinquants sexuels non stériles de procréer naturellement.

Ainsi, l'interdiction de principe du recours à la AMP pour les délinquants sexuels risquerait-elle d'être considérée comme discriminatoire, sauf à interdire à tous les délinquants sexuels la possibilité de rester ou devenir parent.

En revanche, la notion de mesure de sûreté pourrait être évoquée. La mesure serait en effet justifiée par une volonté exclusive de prévention de la récidive et dériverait non de la culpabilité mais de la dangerosité potentielle de l'individu à l'égard de l'enfant.

9 Enquête « Un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire, juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr.html>. Séropositivité connue par les services médicaux.

10 Surveillance du VIH/sida en France. Institut de veille sanitaire ; 2006. Report N°3, prévalence évaluée à 130000 personnes en 2005.

7- Les recommandations

L'Académie nationale de médecine :

- approuve et encourage le développement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux dont l'effet bénéfique semble démontré tout en sachant qu'ils peuvent permettre à des personnes détenues de procréer naturellement avec les conséquences que cela implique pour les enfants ;

- reconnaît qu'en vertu du principe d'équivalence entre les soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, toute demande d'assistance médicale à la procréation est à priori recevable à la condition qu'elle réponde aux dispositions de la loi de bioéthique en vigueur, notamment qu'elle soit indiquée par une infertilité médicalement prouvée et s'inscrive dans une communauté de vie familiale. Il est exclu qu'une demande d'AMP soit acceptée du seul fait que la détention fait obstacle à la procréation naturelle.

- considère que la décision doit être prise par les centres d'AMP autorisés. Si cette demande doit être examinée de manière équivalente à toutes les autres, on doit tenir compte, tout particulièrement, de différents facteurs mettant en balance le désir d'enfant et l'importance d'assurer à celui-ci un minimum de conditions sanitaires psychologiques et sociales lui assurant le meilleur développement possible. Cela est surtout justifié dans le cas où la future mère est l'objet d'une incarcération de longue durée.

- souligne les difficultés pour réaliser une AMP en prison et la très lourde responsabilité pesant sur les centres d'AMP autorisés. Pour prendre leur décision, ceux-ci devraient pouvoir disposer, d'une part de l'appréciation des responsables médicaux assurant le suivi habituel des personnes détenues et comportant un avis psychologique ou psychiatrique, d'autre part de l'avis des services judiciaires, spécialement du conseiller d'insertion et de probation de la personne détenue capable de concilier le parcours d'exécution de la peine et le désir d'enfant, le juge d'application des peines pouvant surseoir à la demande au vu du dossier pénal. L'ensemble de ces données s'inscrirait dans le cadre d'une connaissance partagée de la situation globale d'une personne détenue tout au long de son parcours de détention et de soins, dans le strict respect des droits des personnes concernées.

- rappelle qu'en cas de conflit entre les intérêts du couple et ceux de l'enfant à venir, c'est le bien-être de l'enfant qui doit être privilégié.

- souhaite que soit organisée une évaluation du développement psychomoteur de tout enfant, conçu par AMP ou non, né en prison ou ayant séjourné en prison avec sa mère, afin de pouvoir apprécier les conséquences à moyen et long terme de cette situation singulière.

- insiste sur la nécessité d'informer les parents intentionnels des aléas, des contraintes et des conséquences des pratiques d'AMP et de leur faire prendre conscience de leur responsabilité parentale.

Ouvrages et Rapports consultés (par ordre d'année de parution)

SANTE EN MILIEU CARCERAL, Rapport du Haut Comité de Santé Publique sous la direction de Gilbert Chodorge et Guy Nicolas. Edit : ENSP, 1993, 127 p.

PROBLEMES SANITAIRES DANS LES PRISONS, Rapport au Garde des sceaux, Ministre de la justice, et au Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale sous la direction du Professeur Marc Gentilini. Médecine-Sciences Flammarion Edit 1997, 214 p.

AVIS DE LA GRANDE CHAMBRE DE LA COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME. Affaire Dickson c Royaume uni du 4 décembre 2007, 27 p.

LES DETENUS ET LEURS PROCHES. SOLIDARITE ET SENTIMENTS A L'OMBRE DES MURS ; Gwénola Ricordeau, Edit Autrement, 2008, 272 p.

AVIS DU COMITE CONSULTATIF ROYAL BELGE, n°46, 19 janvier 2009, 61p.

LE CONTRÔLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE. Rapport d'activité 2010. Edit Dalloz 2011, 366 p.

ENQUÊT PREVACAR VOLET OFFRE DE SOINS. VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, 2010. Direction Générale de la Santé, Sous-direction promotion de la santé, prévention des maladies chroniques. Bureau Santé des populations.

LES CONDITIONS DE DETENTION EN FRANCE. Observatoire International des prisons. Rapport 2011. Edit : La Découverte 2012, 336 p.

AGENCE DE LA BIOMEDECINE. Rapport annuel 2011

PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL. Edit Elsevier Masson, 2012

Liste des personnalités auditionnées

Docteur Yvan AUGER, Responsable médical de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Mr Robert BADINTER, Ancien Garde des sceaux, Ministre de la justice, ancien Président du Conseil constitutionnel

Docteur Christiane de BEAUREPAIRE, Psychiatre

Mr François BES, Coordinateur régional Ile-de-France/Outre-mer, Observatoire International des Prisons

Mme Florence BRIGANT, Attaché d'administration de l'Etat, bureau de l'action juridique et du droit pénitentiaire

Mme Catherine BRUERE, Adjointe au sous-directeur de l'état-major de sécurité

Professeur Louis BUJAN, Président de la Fédération Française des CECOS

Mme Michèle COLIN, Magistrat, Conseiller à la Cour d'appel

Docteur Emeline CHAIGNE, Praticien Hospitalier, Responsable UCSA de Bédénac, Présidente du Syndicat des Médecins Exerçant en Prison

Mr Jean-Marie DELARUE, Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Mme Christelle DROUET, Chef de bureau, gestion de la détention
Docteur Catherine FAC, Praticien hospitalier, Responsable UCSA de Fresnes, Hôpital Bicêtre
Mme Mireille FONTAINE, Conseiller médicale, Direction générale de la santé
Mme Dominique de GALARD, Médecin général de santé publique, Conseiller santé auprès du directeur de l'Administration pénitentiaire
Pr Bernard GOLSE, Pédopsychiatre, chef de service à l'Hôpital Necker-Enfants Malades
Mme Anne Sophie JARNERIC, Magistrat au bureau de l'action juridique et du droit pénitentiaire
Docteur Jean-Marie KUNSTMANN, Directeur du CECOS de l'Hôpital Cochin
Docteur Anne LECU, Praticien Hospitalier, Maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis
Docteur Rachel LEVY, Service d'histologie Embryologie Cytogénétique CECOS. Responsable des activités biologiques du Centre d'AMP de l'Hôpital Jean Verdier, Bondy. Présidente des Biologistes des laboratoires d'études de la fécondation et de la conservation de l'œuf (BLEFCO)
Mme Emmanuelle PRADA BORDENAVE, Directrice générale de l'Agence de la biomédecine
Maître Catherine PALEY VINCENT, Avocat à la Cour
Docteur Patrick SERRE, Praticien Hospitalier, Responsable UCSA Le Mans, Président de l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison
Maître Pierre-Olivier SUR, Avocat à la cour

Annexe n°1

Le jugement de la Cour Européenne des droits de l'homme dans l'Affaire Dickson c Royaume uni

Les requérants, Kirk et Lorraine Dickson, sont des ressortissants britanniques nés respectivement en 1972 et 1958. En 1994, M. Dickson, âgé de 34 ans, sans enfant, fut déclaré coupable de meurtre et condamné à une peine de prison à perpétuité assortie d'une période de sûreté de 15 ans. En 1999, alors qu'il était en prison, il rencontra Lorraine, également en prison, âgée de 43 ans et déjà mère de trois enfants issus d'autres relations, par le biais d'un réseau de correspondance. Elle fut libérée ultérieurement. En 2001, ils se marièrent et sollicitèrent la possibilité de recourir à l'insémination artificielle, arguant qu'ils ne pourraient procréer autrement, compte tenu de la date de sortie la plus proche de M. Dickson et de l'âge de son épouse. Le ministre compétent rejeta leur demande. N'ayant pas obtenu gain de cause en appel, ils se sont plaints auprès de la CEDH en invoquant les articles 8 et 12 de la Convention Européenne des Droits de l'homme. La cour conclut, par quatre voix contre trois, qu'il n'y avait pas de violation des articles 8 et 12. L'avis majoritaire faisait mention en particulier de la nature et de la gravité du crime commis par M. Dickson, ainsi que du bien être de l'enfant susceptible d'être conçu, compte tenu de l'absence prolongée du père et de l'absence manifeste d'aide matérielle et d'un réseau de soutien de proximité pour la mère et l'enfant. L'avis minoritaire arguait essentiellement du fait que le rejet de la demande avait pour conséquence une stérilisation *de facto*.

L'affaire fut renvoyée devant la Grande Chambre de la CEDH qui s'est prononcée le 4 décembre 2007 (Arrêt n° 44362/04), par douze voix contre cinq. Elle a estimé que le refus de l'insémination artificielle était en contradiction avec de l'article 8 de la Convention : « *la cour estime que l'article 8 est applicable aux griefs des requérants en ce que le refus de l'insémination artificielle concerne leur vie privée et familiale, ces notions incluant le droit au respect de leur décision de devenir parents génétiques* »

Pour la Grande Chambre, la question était de savoir si un juste équilibre avait été respecté entre les intérêts publics avancés par le gouvernement et les intérêts privés défendus par les requérants. Pour la CEDH, que « *des autorités se préoccupent, sur le plan des principes, du bien-être de tout enfant éventuel lorsqu'elles élaborent et appliquent la politique* » et si, par ailleurs, « *l'Etat a l'obligation positive de garantir la protection effective des enfants* », « *cela ne peut aller jusqu'à empêcher les parents qui le désirent de concevoir un enfant dans des circonstances telles que celles de l'espèce, d'autant que la requérante était en liberté et pouvait, jusqu'à la libération de son mari, prendre soin de l'enfant éventuellement conçu* ».

Annexe 2

Les unités pénitentiaires mères/enfants

L'administration s'est efforcée de limiter les effets préjudiciables de l'incarcération sur les enfants. Leurs modalités d'accueil et d'hébergement en détention sont régies par une circulaire du 16 août 1999.

D'abord, l'enfant peut rester 18 mois auprès de sa mère, période jugée la plus appropriée, et il appartient aux seuls parents d'en prendre la décision, ni l'autorité judiciaire, ni l'administration pénitentiaire ne pouvant s'y opposer. Ce délai pourra exceptionnellement être porté à deux ans par le directeur régional des services pénitentiaires. En fait, le plus souvent, c'est la mère seule qui décide. Le père doit être informé. En cas de désaccord entre les parents, c'est le juge aux affaires familiales qui prendra la décision. Les seules exceptions à cette règle sont le dépassement des capacités d'accueil ou une situation de danger pour la santé, la sécurité ou la moralité de l'enfant. A titre exceptionnel, le maintien de l'enfant auprès de sa mère au-delà de 18 mois peut être autorisé par le directeur régional des services pénitentiaires après avis d'une Commission régionale consultative.

Si l'enfant naît pendant l'incarcération de la mère, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) envisagera avec celle-ci les différentes possibilités : séjour en milieu pénitentiaire, accueil de l'enfant à l'extérieur, éventuelles mesures alternatives à l'incarcération en accord avec l'autorité judiciaire (juge d'instruction pour les prévenues, juge d'application des peines pour les condamnées).

En 2012, on dénombrait 66 places de nurserie, réparties sur 25 établissements, en majorité des maisons d'arrêt pourvues de une à quatre places, excepté à Marseille (8 places) et à Fleury-Mérogis (13 places). Selon le Code de Procédure Pénale, les mères détenues doivent l'être dans des conditions de nature à préserver l'équilibre de l'enfant. Habituellement, il s'agit de cellules doubles, soit 12 m², équipées, entre autres, d'une table à langer, d'un lit de bébé, d'un radiateur électrique, avec séparation de l'espace de vie de la mère et de l'enfant, présence à proximité d'une pièce permettant de cuisiner, d'une cour de promenade. Ces cellules sont ouvertes dans la journée selon des horaires variables en fonction des établissements. Lorsque l'établissement pénitentiaire n'est pas exclusivement réservé aux femmes, le quartier des femmes doit être strictement distinct de celui des hommes et, dans les nouveaux établissements, le quartier nurserie est isolé de la détention ordinaire des femmes.

A la nurserie de la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, existent outre les 13 cellules dédiées aux femmes avec leur enfant qui sont des cellules ouvertes, 13 cellules dédiées aux femmes enceintes en fin de grossesse qui sont des cellules fermées. Une unité mobile mère/enfant comporte sur place une puéricultrice et deux éducatrices qui permettent aux enfants de sortir pour aller au parc ou en crèche. Tous les 15 jours passe un camion de la protection maternelle et infantile (PMI) avec le médecin et la puéricultrice de PMI. Par ailleurs, il y a deux vacations de gynécologue et trois vacations de sage-femme par semaine et une vacation d'échographie par mois.

La surveillance de la grossesse et des suites de couches, assurée par un obstétricien ou une sage femme de la maternité de proximité, doit être particulièrement attentive en raison des antécédents des femmes détenues et de la fréquence des troubles psychiques et des addictions.

L'accouchement est effectué à l'hôpital, dans des conditions aussi normales que possibles, sans que l'on puisse toujours éviter une certaine tension liée aux mesures de sécurité. Une garde statique reste à la porte de la chambre, le temps de l'hospitalisation. Après l'accouchement, l'enfant réintègre le plus souvent la nurserie avec sa mère. Il peut aussi, en accord avec la mère, nous l'avons vu, être placé dans une famille d'accueil de l'ASE ou être confié à la famille.

L'enfant n'étant pas détenu peut quitter l'établissement, participer à des activités extérieures ou encore être hébergé dans sa famille, sous réserve d'une fouille à sa sortie et à son retour. Les visites avec le reste de la famille, en présence de la mère, sont facilitées, en évitant autant que possible les parloirs ordinaires sous réserve d'une décision de justice refusant qu'une personne rende visite à l'enfant. La mère a le libre choix du médecin de son enfant, celui-ci devant toutefois bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement.

La prise en charge de l'enfant ne dépend pas de l'administration pénitentiaire. Ses besoins doivent en principe être assurés par ses parents ou par la mère seule bénéficiant des prestations sociales. Concrètement, en raison de l'insuffisance fréquente de ressources des détenues, l'administration pénitentiaire assure la prise en charge des besoins essentiels de l'enfant : alimentation, produits d'hygiène.

A la sortie de l'enfant, la mère choisit librement le lieu d'accueil de celui-ci. Le départ de l'enfant doit être si possible progressif, l'enfant devant pouvoir faire des séjours d'une durée progressive dans son futur lieu d'accueil familial ou institutionnel. Si la situation de la mère l'autorise, des permissions de sortie ou des sorties sous escorte peuvent être organisées pour lui permettre d'accompagner son enfant. De même, durant les six mois suivant son départ, l'enfant peut être admis à séjourner auprès de sa mère pour de courtes périodes.

On doit insister sur le rôle très complémentaire de celui des pouvoirs publics que jouent les associations. Ce rôle s'exprime, d'une part dans le maintien des liens familiaux, notamment par l'Union nationale des fédérations régionales des associations des maisons d'accueil des familles et proches des personnes incarcérées (UFRAMA), regroupant 123 associations, d'autre part dans les médiations familiales par la Fédération des relais enfants-parents (FREP), comprenant quelques 600 volontaires encadrés par une cinquantaine de professionnels de la petite enfance.

*

* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 23 octobre 2012, a adopté le texte de ce rapport à l'unanimité.

Pour copie certifiée conforme,
Pour le Secrétaire perpétuel,



Professeur Daniel COUTURIER