HAL
open science

Périnatalité en milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ?

Coraline Saussay

To cite this version:

Coraline Saussay. Périnatalité en milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ?. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01940524

HAL Id: dumas-01940524

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01940524

Submitted on 30 Nov 2018

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

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGE-FEMME

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2018

Périnatalité en milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ?

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Coraline Saussay

Née le 6 janvier 1993

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame JEGOU-NEVEU

Périnatalité en milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ?

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

A ma directrice de mémoire Madame Jegou-Neveu : pour votre implication du premier instant dans ce travail, pour avoir su m'aiguiller dès le début alors que cette idée germait simplement dans mon esprit et pour m'avoir transmis votre passion pour ce sujet.

Aux guidantes de ce mémoire, qui ont permis sa réalisation : - Madame Pastor dans un premier temps : pour avoir porté ce sujet pendant un an, pour vous y être impliquée et m'avoir encouragée alors que beaucoup pensait ce sujet infaisable ; - Puis à Madame Létondot pour avoir pris le relais et m'avoir laissé la chance de mener ce projet à bien.

A toutes les personnes qui ont répondu « présent » : pour que je puisse mener, de manière positive, mes entretiens ; pour avoir montré un réel intérêt et une immense passion lors de ces moments de partage.

A maman, premier soutien inconditionnel de tous les instants : pour avoir cru en ce projet, pour avoir réussi à m'en convaincre moi-même dans mes moments de doute. Pour tout ce que tu m'apportes continuellement, merci.

A mon grand frère, Guillaume, mon phare durant la tempête.

A mon immense famille élastique de cœur : Agnès, pour m'avoir poussée sans me brusquer durant la réalisation de ce travail. Hélène, Marie, les meilleures papayas de la terre. Florian, Dylan, Agathe et Simon, ces colocataires de quelques mois ou de plusieurs années, merci de m'avoir supportée au quotidien.

Enfin, à mes trois promotions de sage-femme, toutes ces amitiés précieuses qui ont rendu ces cinq années à l'école possibles et mémorables, soutiens dans toutes les épreuves : Julie, Adèle, Barbara, Audrey, Nina, Clarisse, Fanny et bien plus encore...

Sommaire

Introduction 1

PARTIE I : Revue de la littérature 4

1. Les centres de détention 5

1.1 Notions historiques (5) 5

1.2 Les différents types d'établissements pénitentiaires (10) (11) 7

2. Les femmes dans le système pénitentiaire 8

2.1 Les prisons et les femmes 8

2.2 La population carcérale féminine de nos jours 9

2.3 Particularités des femmes enceintes 10

3. Institutions gravitant autour du couple mère enfant 14

3.1 Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (22) 14

3.2 Association Relais Parents Enfants(23) 15

3.3 Protection Maternelle et Infantile (PMI) 15

4. La relation mère-enfant 16

4.1 Modifications psychiques durant la grossesse et l'accouchement 16

4.2 Etablissement du lien mère-enfant 18

4.3 Effets de l'incarcération sur le psychisme et l'établissement du lien mère-enfant 19

4.3.1 Du point de vue de la mère 19

4.3.2 Du point de vue de l'enfant 21

PARTIE II. Méthodologie 22

1. Problématique et hypothèses 23

2. Objectifs de l'étude 23

3. Déroulement de l'étude et population ciblée 24

3.1 Temps de préparation 24

3.2 Constitution de notre échantillon 25

4. L'entretien 27

4.1 Choix de l'outil 27

4.2 Elaboration du guide d'entretien 27

4.3 Retranscription des entretiens 28

4.4 Analyse des entretiens 29

5. Limites de l'étude 29

Partie III : Résultats 31
Thème 1 : Profil professionnel 32
Thème 2 : Spécificité du milieu carcéral 35
Item 1 : La triade : femme enceinte - mère – enfant 35
Item 2 : Le réseau familial 39
Thème 3 : Travail en réseau 40
Item 1 : Intervenants extérieurs 40
Item 2 : Intervenants intérieurs 41
Item 3 : Réglementation du travail interdisciplinaire 43
Item 4 : Axes d'amélioration 47

Partie IV : Discussion 52
1. Hypothèse 1 53
2. Hypothèse 2 55
2.1 Frein réglementaire 56
2.2 Frein géographique/spatial 59
2.3 Axes d'amélioration 60
3. Place de la sage-femme dans le milieu carcéral 60

Conclusion 63
Bibliographie

Introduction

L'univers carcéral est un milieu difficile à appréhender. Parmi la population privée de liberté, les femmes sont minoritaires.(1)[Annexe I] De plus, la présence de femmes enceintes et celle de mères avec leur jeune enfant constituent des événements marginaux dans le milieu carcéral. En effet, en France, une soixantaine de femmes par an donne naissance alors qu'elles sont incarcérées.(2)

Cependant, cette situation mérite d'être étudiée, tant sur le plan structural que sur le plan humain.

Actuellement, le milieu carcéral est en pleine controverse. En 2010, Jean-Marie Delarue, Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté (CGLPL), dont la mission principale est de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine, transmet aux autorités de tutelle un rapport alarmant sur les conditions de détention des femmes.(2) Cette interpellation entraîne de nombreuses réflexions concernant l'amélioration de ces situations, participant ainsi activement à la réforme de la justice en 2014.(3)

Ces avancées seront soulignées par la nouvelle CGLPL, Adeline Hazan, dans son rapport paru le 16 février 2016.(4) Néanmoins, une marge d'amélioration envisageable apparaît nettement et de nouvelles interrogations ont été émises : la garantie des droits de la femme enceinte conjuguée à celle de la notion « d'intérêt supérieur de l'enfant », énoncée dans l'article 9 de la Convention internationale des droits de l'enfant[Annexe III], ne conduirait-elle pas à considérer comme incompatible la maternité et l'incarcération ?

A travers notre revue de la littérature nous vous présenterons l'histoire des prisons françaises ainsi que la place qui fut accordée aux femmes dans ce paysage carcéral au travers des siècles. Nous avons aussi voulu connaitre les différentes institutions qui, à l'heure actuelle, prennent en charge les couples mères-enfants au sein des établissements pénitentiaires habilités. Enfin, nous aborderons la relation mère-enfant en développant les modifications psychiques induites par la grossesse et notamment la création du lien mère-enfant, afin de nous amener à comprendre quels peuvent être les effets de l'incarcération sur le psychisme de ces deux entités.

A l'issue de notre revue de la littérature nous avons essayé de comprendre comment se faisait la prise en charge des femmes enceintes incarcérées puis des mères et leur

nouveau-né à travers l'exemple de la maison d'arrêt de Rouen, *Bonne nouvelle*. Afin de dresser cet état des lieux, de répondre à notre problématique et confronter nos hypothèses, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de dix professionnels concernés par cette prise en charge spécifique. Nous vous exposerons la méthodologie appliquée à cette étude, puis nous vous présenterons les résultats obtenus qui seront ensuite analysés.

PARTIE I : Revue de la littérature

1. Les centres de détention

1.1 Notions historiques (5)

Jusqu'au XV siècle, les prisons ne sont conçues que pour enfermer les mendiants, vagabonds, aliénés, femmes dépravées ou encore celles pour lesquelles les pères et les maris souhaitaient obtenir une correction. Il s'agit alors non pas d'une peine au sens strict puisqu'il y a absence de condamnation, de vengeance, ou de châtiment corporel, mais une réalité carcérale bien présente se traduisant par une capture ou un enfermement. Cela conduisait à des mises au travail aléatoires et des enfermements inégaux se retrouvent dans les différents établissements de la capitale : comme la Pitié, la Salpêtrière ou encore Bicêtre.

Dès le XIIIème siècle, cette « prise » de l'individu (d'où le terme « prison ») le retranchant de la société, est associée à la torture. Ce concept évolue peu à peu jusqu'à la période révolutionnaire. En 1780, la « question préparatoire » ou phase de torture visant à obtenir des aveux est abolie.

En 1790 est créé le premier ministère de la Justice. Un an plus tard, c'est au cours du débat sur l'élaboration du projet du code pénal en 1791, qu'apparaît pour la première fois l'idée de l'abolition de la peine de mort en France. Ce projet sera rejeté, mais la torture est quant à elle abolie : "La peine de mort consistera dans la simple privation de la vie, sans qu'il ne puisse jamais être exercé aucune torture envers les condamnés" (Loi du 6 octobre 1791).

En 1795, le ministère de l'intérieur se voit octroyer une nouvelle administration : celle des prisons.

Toutefois, en 1810 est créé un nouveau code pénal sous Napoléon Ier privilégiant le principe de prison-châtiment.

Alors qu'au XIX siècle les prisons ne sont que des lieux d'exclusion, au XX siècle, on assiste à différents changements dont la disparition du régime du bagne (et des travaux forcés à la suite d'une condamnation) et également à un début d'individualisation de la peine avec un traitement pénal différent pour les mineurs et les femmes.

En 1911, l'administration pénitentiaire est rattachée par décret au ministère de la Justice sortant alors de la juridiction du ministère de l'intérieur. Cela signifie que la prison n'est alors plus affaire de société soumise à l'opinion publique mais un lieu judiciaire, associé aux lois, décrets et arrêtés.

La réforme pénitentiaire de 1945, reprenant les grands principes du Conseil National de la résistance, avance l'idée que l'emprisonnement a pour but essentiel "*l'amendement et le reclassement social du condamné, tandis que le traitement infligé au prisonnier doit être humain, exempt de vexation et rendre principalement à son instruction générale et professionnelle, et à son amélioration*". Cela traduit l'idée que la prison devient un lieu de justice en relation avec le fait reproché, mais surtout un lieu préparant à un avenir de citoyen éduqué pour se réinsérer dans la société une fois la peine accomplie.

Apparaît également la mise en place d'un service d'assistantes sociales. Ce service est associé à l'instauration d'un service médical et des annexes psychologiques dans les établissements pénitentiaires.

Depuis la loi du 1er mars 1994, relative à la réforme de la prise en charge sanitaire des détenus, l'organisation des soins en détention relève du ministère de la Santé et n'est donc plus sous la tutelle de l'administration pénitentiaire ni de ce fait du ministère de la Justice. Ainsi la santé en milieu pénitentiaire est assurée par les hôpitaux publics, permettant aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalente à celle dont dispose l'ensemble de la population. La plupart des établissements sont dotés d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) rattachée la plupart du temps au Centre Hospitalier Universitaire le plus proche.(6) (7)

Son fonctionnement est régi par un protocole signé entre le directeur de l'hôpital et le directeur de la prison, précisant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'unité. L'USCA est dotée d'un projet médical propre constituant un volet de celui de l'hôpital. La mission des services hospitaliers consiste à la dispense de soins somatiques mais également psychiques. Elle prend en compte les plans préventif, diagnostique et curatif, ainsi que la préparation de relais sanitaires au terme de la période d'incarcération.

Parallèlement à ces unités sont créés des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) au nombre de 26 sur l'ensemble du territoire français.

Voulant rendre plus lisible la hiérarchisation des soins, les autorités publiques effectuent en 2012 une mise à jour de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ce projet a amené les rédacteurs à trouver une nouvelle dénomination désignant les unités de soins implantées en milieu pénitentiaire. Regroupant les USCA et les SMPR, le nom d'« unités sanitaires » voit le jour. Ces unités sanitaires, dites de niveau 1, incluent dorénavant deux entités : l'Unité de Soins Somatiques (USS), et l'Unité de Soins Psychiatriques (USP). La première assure les soins accessibles en consultations que ce soit de médecine générale ou de spécialité comme les consultations dentaires par exemple. La seconde assure l'ensemble des activités thérapeutiques, par le biais d'entretiens ou de prises en charge de groupe. (8)

Dernièrement, le milieu carcéral est sous le feu des projecteurs avec une nouvelle réforme pénal présentée par le chef de l'Etat en mars dernier. Une volonté de rendre leur dignité aux détenus est soulignée. Cela passe par la lutte contre la surpopulation des prisons mais aussi par facilité l'accès au droit de vote, ou encore par un renforcement des activités pouvant être proposées.(9)

Toutes ces réformes pénales à travers les siècles ont permis la création de nombreuses structures pénitentiaires permettant l'accueil d'hommes, de femmes mais aussi de mineurs devant honorer leur dette vis-à-vis de la société.

1.2 Les différents types d'établissements pénitentiaires (10) (11)

Les établissements pénitentiaires sont le lieu d'exécution des peines privatives de liberté. En France, ils sont gérés par la Direction de l'administration pénitentiaire, rattachée directement au ministère de la Justice et ce depuis 1911.

Deux statuts de détenus se distinguent :

- Un prévenu : personne détenue en attente de jugement, ou dont la condamnation n'est pas définitive ; il bénéficie de la présomption d'innocence.

- Un condamné : personne détenue dont le jugement a été rendu, et dont la condamnation judiciaire est définitive.

En France, les établissements pénitentiaires sont dirigés par neuf établissements interrégionaux qui animent, coordonnent et contrôlent l'activité de ces structures. Il en existe plusieurs types, selon le statut des détenus, le régime de détention et les catégories de condamnation. Ainsi, on dénombre en France (métropolitaine et outre-mer) cent quatre-vingt-six établissements classés en deux grandes catégories :

- Les maisons d'arrêt au nombre de quatre-vingt-deux. Elles reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire, en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive, ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.
- Les établissements pour peine, au nombre de quatre-vingt-dix-sept. Ces derniers divisés en maisons centrales, centres de détention, centres de semi-liberté et centres pénitentiaire.

A cette liste d'établissements pénitentiaires viennent s'ajouter six établissements pour mineurs et l'établissement public de santé national de Fresnes.

2. Les femmes dans le système pénitentiaire

2.1. Les prisons et les femmes

Avant le XIX siècle, les femmes étaient incarcérées dans les quartiers des hommes, envoyées dans des orphelinats religieux ou encore dans les colonies françaises, telle que la Nouvelle Calédonie dans le but d'en faire une colonie de peuplement.(12) Ce n'est qu'à partir de ce siècle que des établissements pénitentiaires sont créés exclusivement dans le but d'accueillir des femmes. On retrouve alors en fonctionnement la prison-hôpital pour femme de Saint-Lazare, qui accueillait alors aussi bien les prostituées atteintes de maladies vénériennes que des criminelles ou encore les avorteuses. Devant l'état de délabrement du bâtiment, il est décidé en 1932 sa destruction et le transfert des détenues vers des établissements plus sécurisés.

La Petite Roquette, prison construite en 1836 à Paris, était initialement réservée aux jeunes prévenus. Elle devient, avec la fermeture de la prison Saint Lazare, une prison pour

femmes à part entière. Elle sera détruite en 1974 devant les conditions de détention inadaptées aux détenus ainsi que des locaux jugés insalubres. Cela coïncide avec l'ouverture en 1968 de la maison correctionnelle des femmes à Fleury-Mérogis. Ce projet concrétise les principes de réforme des établissements pénitentiaires visant à désengorger les prisons parisiennes.(5)

En 1863, est décidée la construction de la première "Maison Centrale de Force et de Correction" pour les femmes à Rennes. Cela marque une grande avancée dans l'histoire pénitentiaire puisque c'est alors la seule prison en France qui accueille uniquement des femmes, aussi bien à l'époque qu'aujourd'hui.(13) Au début de la seconde guerre mondiale, l'établissement prend de l'importance avec la fermeture des centres pénitenciers du Sud de la France comme Montpellier, ou de l'Est et du Nord comme Haguenau et Doullens alors aux mains des Allemands.(5)

Dans cette continuité, la libération du territoire national en 1945 entraîne la surpopulation des établissements pénitentiaires. L'administration pénitentiaire est alors contrainte de retirer des prisons départementales les femmes condamnées à de longues peines et à les envoyer avec leurs jeunes enfants vers la maison centrale de Rennes, spécialisée dans l'accueil des femmes et, le cas échéant, de leur nouveau-né.(7)

A l'heure actuelle, la population féminine se concentre dans cinquante-six établissements sur les cent quatre-vingt-huit que compte le territoire français.[Annexe II]

2.2 La population carcérale féminine de nos jours

Les femmes constituent une population minoritaire parmi les personnes placées sous main de justice. Au 1er avril 2018, 3157 femmes sont écrouées en France. Cela correspond à 3,8% de la population pénale écrouée.[Annexe I] Cette situation est représentative de celle observée dans l'ensemble des pays européens, pour lesquels les femmes incarcérées représentent généralement entre 2 et 5% de la population totale des détenus. Malgré le fait qu'elles soient minoritaires, il semblerait normal qu'elles aient les mêmes droits et devoirs que les hommes. Force est de constater qu'il n'en est rien. En effet, dans le "Rapport relatif à la situation des femmes privées de liberté", il est déploré que les femmes ne bénéficient pas des mêmes droits que les hommes en

détention.(4) Du fait d'une part de la répartition territoriale disparate des établissements susceptibles de les accueillir, les femmes souffrent davantage de la rupture du lien familial. Cet éloignement par rapport à leurs attaches personnelles était déjà déploré dans le rapport de Jean-Marie Delarue en 2010.(2)

D'autre part, elles sont hébergées dans des locaux plus exigus que ceux des hommes et souvent mal aménagés. On explique ceci par le fait que ces espaces sont aménagés dans des structures déjà existantes pour les hommes. Leur accès aux activités est moins facile parce qu'il y a obligation de non-mixité : ainsi étant moins nombreuses, l'administration privilégie les temps de promenade des hommes au détriment de ceux des femmes. De même il existe un enclavement des lieux réservés aux femmes dans ces prisons initialement dédiées aux hommes. Ceci entraîne des déplacements limités pour ces dernières.

Ces deux derniers éléments font partie des "règles" de la catégorie pénale auxquelles les détenues appartiennent et sont soumises. Parmi ces règles, il est aussi indiqué qu'elles doivent êtres surveillées par du personnel exclusivement féminin, seul l'encadrement peut comporter du personnel masculin. Le chef d'établissement doit donner une autorisation pour qu'un membre du personnel masculin puisse accéder au quartier ou à l'établissement pour femmes.(14)

2.3. Particularités des femmes enceintes

Lors de l'enfermement de femmes enceintes et donc de futures mères, plusieurs intérêts vont entrer en jeu : en premier lieu il s'agit de l'intérêt de l'enfant. N'étant pas considéré comme condamné, sa santé, son intégrité ainsi que son développement ne doivent en rien être entravés ou compromis. Puis, il est question de l'intérêt de la mère : il faut veiller à maintenir ses liens familiaux et à ne pas la priver de ses droits parentaux. Enfin, c'est l'intérêt de l'ordre public qui doit être respecté puisque la mère doit assurer la réparation du préjudice causé à la société.(2)

Le sort des enfants de femmes incarcérées est évoqué pour la première fois dans un décret du 19 janvier 1923. Il apparaît alors que "même après sevrage, les enfants pourront être laissés jusqu'à l'âge de quatre ans aux soins de leur mère qui, dans ce cas,

restera également dans la prison départementale."(15) Apparaît alors le souci de ne pas éloigner la mère de son lieu de vie, et par conséquent apparaît aussi le problème de l'existence de prisons dédiées aux femmes, la prison de Rennes étant la seule à leur être ouverte spécifiquement.

C'est après le rapport de la première assistante sociale nommée à la prison centrale de femmes de Rennes qu'un autre problème est mis en avant. En effet, on assiste, lorsque vient le temps pour l'enfant de quitter le milieu carcéral, à une séparation tardive et brutale, succédant à quatre années de relations quasiment fusionnelles. Ainsi est publiée en Avril 1946, une circulaire fixant à dix-huit mois l'âge jusqu'auquel les enfants pouvaient être laissés auprès de leur mère détenue. La circulaire stipule que ceci n'est réalisable que si les conditions sont réunies, à savoir, l'absence de déchéance des droits parentaux et si la santé de l'enfant et de la mère le permet.(15) Ces dispositions sont maintenues, reprises et complétées dans le Code de procédure pénale par de nouveaux décrets en 1979 et 1985.

2.3.1 Etablissements habilités à accueillir des femmes incarcérées avec leur enfant

Afin de prendre en charge dans des conditions appropriées des femmes enceintes et des jeunes mères, des dispositions spécifiques ont été prises. Les femmes en fin de grossesse et celles avec enfants sont affectées dans des quartiers spécifiques, appelés « quartier nurserie » ou « quartier mère-enfants ».

D'après la circulaire du 18 août 1999, les cellules mère-enfant doivent répondre à certaines normes : la présence d'eau chaude dans les cellules et un aménagement permettant une séparation de l'espace de la mère et de celui de l'enfant. Ces cellules doivent aussi être individuelles, d'une superficie au moins égale à 15 mètres carrés, avec une localisation permettant l'ouverture des portes pendant la journée. Les mères doivent pouvoir bénéficier d'une cour extérieure pour les promenades en dehors de la présence des autres détenues. L'existence d'une salle d'activités permettant la confection des repas doit être mise à disposition. Enfin, l'établissement doit posséder l'équipement nécessaire à l'accueil du nouveau-né tels qu'un lit spécifique pour nouveau-né, une baignoire ou encore un chauffe biberon.(16)

En France, environ soixante enfants de mères incarcérées naissent en prison par an. Cependant, parmi les cinquante-six établissements pénitentiaires pouvant accueillir des femmes, seuls vingt-cinq sont habilités et équipés pour recevoir des mères avec leurs enfants.[Annexe II]

D'après le rapport de la directrice Adeline Hazan, Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté paru en Février 2016, la majorité de ces centres de détentions sont situés dans la moitié nord de la France, ce qui pose un réel problème dans le maintien des liens avec les proches.(4)

2.3.2. Spécificité

- La grossesse

Une femme enceinte privée de liberté doit avoir un régime de détention adapté et une surveillance médicale identique à celle qu'elle aurait eu si elle était à l'extérieur. Elle doit par exemple pouvoir bénéficier de séances de préparation à l'accouchement. Ou encore d'un suivi en cas de difficulté psychologique durant une grossesse évolutive, afin de prévenir la survenue d'une dépression du post-partum.(17)

L'accouchement doit avoir lieu dans un hôpital public approprié, dans un service adapté à celui de l'état de la mère et du nouveau-né.

Durant leur séjour en maternité, les détenues ne doivent pas être menottées, ni pendant l'escorte à la maternité, ni au lit d'hôpital, ni pendant l'accouchement. En effet, d'après la circulaire du 10 Février 2004 du ministère de la justice relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale(18) : *"les femmes détenues doivent accoucher dans la dignité. Le personnel pénitentiaire doit se trouver à l'extérieur de la salle d'accouchement et l'escorte doit comporter au moins un membre du sexe féminin."* Ceci est notifié afin de préserver l'intimité de la future maman mais aussi par le fait que son état de mère n'a rien à voir avec ses actes délictueux ou criminels.

- La période néonatale

L’enfant hébergé auprès de sa mère incarcérée ne relève pas du statut de détenu, il est donc libre d'aller et venir. Cependant, il reste soumis à certaines contraintes liées à l’incarcération.

En application de l'article D-401 du Code de procédure pénale, les établissements pénitentiaires ont été conduits à accueillir des enfants de moins de dix-huit mois qui accompagnent leur mère incarcérée. Toutefois, à la demande de la mère, cette limite peut être prolongée ou aménagée sur décision du ministère de la justice, après avis d'une commission consultative. L'enfant peut ainsi, durant les six mois suivant son départ de prison, être admis à séjourner pour de courtes périodes auprès de sa mère.(19)

Au niveau Européen, la France est le seul pays où la limite d'âge des enfants pouvant résider auprès d'un parent incarcéré est de dix-huit mois. Pour les autres pays européens, cette limite d'âge s'établit entre deux et trois ans voire six ans dans certains établissements d'Allemagne.(7)

Les recommandations européennes faites par la Commission européenne des affaires sociales et de la famille en prison (9 Juin 2000), repoussent cette limite d'âge à trois ans. C’est ainsi que la Commission nationale consultative des droits de l’homme souhaite une prolongation en ce sens.(20)

Selon le Haut Comité de la Santé Publique : "la santé [de l’enfant] est le résultat d'un processus cumulatif : sa construction débute dès la gestation et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Globalement, plus cette période de la vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte". Ainsi, la prise en charge adaptée de la santé de l'enfant dans ses dimensions somatique, psychique et sociale, a une place primordiale dans une politique de santé publique, dès qu'on pose celle-ci à l'échelle d'une génération.(21)

Il appartient au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, en liaison avec les services sociaux compétents et les détenteurs de l’autorité parentale, d'organiser le séjour de l'enfant auprès de la mère détenue et les sorties de celui-ci à l'extérieur de

l'établissement. Il s'agit aussi de préparer la séparation de l'enfant avec sa mère au mieux de son intérêt.

3. Institutions gravitant autour du couple mère enfant

Dans les différentes études lues, il apparaît clairement que beaucoup de professionnels déplorent le manque de liens et de coordination entre le sanitaire, le social et le psychologique. Cet état de détention devrait au contraire permettre de s'occuper harmonieusement de la femme et de son enfant, et de former ainsi avec eux un lien de qualité. En effet, le but d'une incarcération est une réinsertion sociale. Dans cette optique, il est donc primordial de maintenir, de construire les liens familiaux entre les parents et leurs enfants.

3.1. Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (22)

Grâce au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, les liens familiaux semblent devoir être bien conservés malgré la détention d'un proche.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation est un service à compétence départementale. Il intervient à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes incarcérées, prévenues ou condamnées.

La mission essentielle des SPIP est la prévention de la récidive à travers l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines, la lutte contre la désocialisation, la (ré)insertion des personnes placées sous main de justice, le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Au moment de la séparation avec l'enfant, le SPIP doit aider la mère à chercher un lieu d'accueil adapté à l'enfant en lien avec les associations Relais Parents Enfants et les services de PMI.

3.2. Association Relais Parents Enfants(23)

« Les états parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux, d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant » Article 9 de la Déclaration des Droits de l'Enfant.[Annexe III]

Aider au maintien du lien entre l'enfant et son parent incarcéré, telle est donc la mission principale de cette association depuis 1991.

L'association Relais Parents Enfants se compose de nombreux bénévoles : assistantes sociales, éducateurs, sages-femmes, psychologues, qui travaillent en lien avec les SPIP et les services des PMI. Leurs rôles sont multiples : accompagner les enfants au parloir pour rendre visite à leur parent détenu, créer des ateliers au sein des prisons qui sont à la fois des lieux de parole et de soutien à la parentalité où le parent détenu y fabrique des objets destinés à son enfant... Ainsi, ils permettent aux parents de parler de la séparation, de réfléchir sur la nécessité de rester "parent" en prison tout en considérant le vécu particulier de l'enfant.

Enfin, l'association favorise la socialisation de l'enfant en le faisant sortir de la nurserie sur demande de la mère. Chaque sortie s'organise sur une demi-journée, l'animateur peut amener l'enfant au jardin public pour qu'il soit en contact avec d'autres enfants et puisse ainsi se socialiser.

3.3. Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La loi du 18 décembre 1989 (art L.149) détermine l'ensemble des missions du service de PMI.(24) Parmi elles, apparaît la réalisation de consultations prénatales, postnatales, consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans. Ces attributions s'appliquent parfaitement à la population étudiée à savoir les jeunes mères et leur nouveau-né.

De nombreux professionnels exercent au sein des PMI dont les sages-femmes. Leurs droits et devoirs apparaissent au sein du code de déontologie(25), dans lequel figurent les articles suivants.

D'après l'Article R.4127-302 du code de la santé publique, la sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

D'après l'Article R.4127-305 du code de la santé publique, la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant.

4. La relation mère-enfant

4.1 Modifications psychiques durant la grossesse et l'accouchement

Le temps périnatal est un temps fondamental pour la dyade formée du couple mère-enfant. Il existe un lien très étroit entre l'intense travail psychique familial durant la période prénatale et la construction des liens postnataux. C'est donc une période cruciale pour la mère et son enfant et leur devenir ensemble puis séparément.(26)(27)

Au début de sa grossesse, la femme enceinte traverse une période de crise narcissique qui peut se présenter de deux façons différentes : un sentiment de plénitude et de toute puissance ou à l'inverse une inquiétude importante et un repli sur soi. Mais parfois, les deux surviennent. Ces sentiments sont associés au berceau psychique de l'enfant qui doit être mis en place en liaison avec le groupement familial. Si ce n'est pas effectué, il y a des risques de dépression du post partum ou des lésions dans les relations à venir. Le berceau psychique est cet espace intersubjectif de liens précoces entre les membres de la dyade mais aussi à l'intérieur du groupe familial tout entier.(26) Cette

construction s'effectue lors de la période narcissique et de régression générationnelle(28) puis de construction avec différenciation des générations . Ces deux étapes semblent être primordiales pour la mise en place du nid psychique ou nesting. Les sentiments de toute puissance ou de repli et d'angoisse sont à associer à ces crises structurantes de la vie comme la crise d'adolescence durant lesquelles se dessinent des étapes de développement psycho-affectif.(29)

La prise de conscience du fœtus en devenir, et donc du futur enfant, se fera progressivement. Au fil des mois, la future mère va prendre conscience de son existence et de son développement.

Au départ, il est non distinct de sa mère. Par la suite, cette dernière va se construire des représentations, à partir de ses rêveries, qui introduisent le bébé dans le quotidien et transforment les attentes, les désirs et les fantasmes, mais aussi de la perception des mouvements fœtaux ainsi que des images échographiques.(30) Pour exister la représentation mentale doit s'appuyer sur des sensations ressenties.

L'accouchement représente l'avènement de l'enfant réel, cependant l'enfant imaginaire ne disparaît pas totalement. Les deux évolueront conjointement, et s'inscriront dans les projections de la mère vis à vis de cet enfant. Ces projections agissent sur la construction identitaire de l'enfant et de la mère.(31)

La "préoccupation maternelle primaire" est un état décrit par Winnicott : il s'agit d'un état particulier de la future mère qui survient dans les dernières semaines de grossesse et évolue jusqu'au post-partum. La mère développe alors une hypersensibilité transitoire vis à vis de son bébé avec une attention toute particulière à ses besoins. Elle peut alors décoder et interpréter ses moindres besoins avec une grande efficacité. Cet état permet ensuite le développement d'un sentiment de continuité chez le nouveau-né, le lien mère-enfant commence alors à s'établir.(32)

Une mère entretient un lien quasi-fusionnel avec son enfant. Il est important pour elle d'émerger de cette fusion pour aider son enfant à prendre conscience de son individualité. Pendant une période d'incarcération cette fusion peut être difficile à initier et à rompre pour la mère, celle-ci étant seule avec son enfant dans un espace très restreint.

Lors d'une incarcération, l'enfant focalise toute l'attention de la mère, celle-ci n'a pas la possibilité d'investir d'autres individus.(33)

4.2 Etablissement du lien mère-enfant

En 1969, Bowlby décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité avec une personne spécifique. Pour lui, c'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. Il est besoin primaire au même titre que les autres c'est-à-dire que la relation d'attachement qu'un enfant entretient avec son parent est aussi indispensable à son développement. Il ne découle d'aucun autre besoin, et est quasi nécessaire à la survie. Freud a contrario, qualifie les besoins du corps et ceux de la nourriture, comme les seuls besoins primaires. L'attachement de l'enfant apparaît alors comme une pulsion secondaire.(34)

La liaison et l'attachement de la mère à son enfant sont décrits comme un processus de connaissance qui débute dès la période prénatale, lorsque la mère interagit avec son fœtus, qu'elle commence à le connaître et à ressentir de l'affection pour lui. C'est donc une période primordiale pour le développement de la relation mère-enfant. La grossesse et les premières expériences prénatales sont des périodes critiques pour le développement de l'identité maternelle et pour l'amélioration du bien-être émotionnel de la dyade mère-enfant. Ces premières expériences qu'une femme aura en tant que mère, seront de répondre aux besoins de son enfant. Cela lui permettra de croire en ses capacités, et d'obtenir une bonne estime d'elle-même.(31)

Spitz, par ses études, démontre en 1947, l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. Cette dernière commence dès la naissance et permet à l'enfant de sortir de sa relation symbiotique indifférenciée avec sa mère et d'aller vers une différenciation progressive du soi.(32) Il y parle pour la première fois de symptômes dépressifs du nourrisson et montre que plus la relation mère-enfant a été chaleureuse et aimante, plus la rupture sera dramatique.

Cette qualité relationnelle est l'objet d'étude en 1960 pour Ainsworth, psychologue américain. Il se demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si cela dépend de la qualité relationnelle antérieure.

Depuis les années 1970, la théorie de l'attachement fait maintenant partie intégrante de la psychologie du développement.(34) Cette théorie est complétée par les concepts de voyages mis en avant par Elisabeth Darchis. Si les liens sont absents ou peu présents durant la grossesse, elle parle de voyage blanc. Il peut y avoir alors indifférence, effroi, non-reconnaissance, rejet, décompensations parentales ou troubles dans la filiation). Si les liens sont confusionnels, lorsqu'il n'y a pas eu cette construction de berceau psychique avec l'appui des générations antérieures, E. Darchis propose l'emploi de l'expression voyage confusionnel avec des possibilités de liens indifférenciés voire incestueux. Enfin si il y a eu une insécurité excessive, l'auteure propose le concept de voyage névrotique. Des aspects maniaques lutteront avec des aspects dépressifs.(28)

4.3 Effets de l'incarcération sur le psychisme et l'établissement du lien mère-enfant

4.3.1 Du point de vue de la mère

Toute promotion de la santé repose sur la reconnaissance du rôle essentiel des parents, premiers responsables de l'accueil et de soins du nouveau-né ainsi que de son développement harmonieux. Le service public a pour mission de soutenir cette fonction parentale. La circulaire de 1999 sur les "Conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée" expose les principes d'un renforcement de l'autorité parentale et de la responsabilité de la mère.(16)

Le respect de l'exercice de cette parentalité est essentiel du point de vue juridique et cognitif pour le bien-être de l'enfant.

Cependant, être mère en prison n'est pas une chose aisée. Il existe souvent un sentiment de culpabilité et une angoisse pour l'avenir, qui ne sont pas toujours exprimés.

Durant la grossesse, la problématique de l'incarcération vient s'ajouter à celle de la maternité. Ainsi, des préoccupations telles que l'attente d'un jugement, la perspective d'une séparation aux dix-huit mois de l'enfant, l'affaiblissement de l'attachement de l'enfant pour sa mère du fait de la séparation, la crainte que son enfant ne s'attache à une autre personne ou encore la solitude peuvent être sources d'angoisses. Certaines mères peuvent avoir le sentiment d'imposer un fardeau à leur futur enfant. Ainsi, l'insécurité et la dévalorisation associées à des séjours en prison peuvent entraîner des angoisses d'être une "mauvaise mère", ne pas être capable d'assumer la parentalité. Cela peut occasionner un mal-être profond.(28)

L'enfant permet à la mère de reconquérir une estime de soi, par le passage de son statut de détenue à celui de parent. De même le surinvestissement dont il est l'objet permet de briser l'ennui ; les conséquences d'une séparation sont alors dramatiques, la mère ressent une sensation de vide important.

Dans les premiers mois, la relation avec l'enfant est quasi-fusionnelle puisqu'ils vivent 24h sur 24 dans un univers restreint, immuable et à huis clos et immuable. La mère n'a pas de répit ou de temps libre. Cela peut entraîner une contenance familiale de sur-contenance avec un excès de protection et d'illusion. Le lien est confusionnel, adhésif et étroit, anti-séparatif et paradoxal.(28) L'enfant est confondu avec sa mère, il devient un bébé identique à celle-ci, "solubilisé" pour lutter contre les traumatismes. Dans ce lien étroit, l'enfant reste enfermé, étouffé psychiquement dans le parent, sans séparation d'individu à individu. Le bébé devient un bébé pansement, comblant et parental.(26)

Le fait que l'enfant reste auprès de sa mère incarcérée permet l'approfondissement du lien mère-enfant. Mais, évoluant dans un milieu privé de liberté, sa réelle qualité est parfois remise en question, un caractère parfois pathologique étant rapporté.

Deux situations extrêmes apparaissent. Certaines femmes ont du mal à accepter la prise d'indépendance de leur enfant, et à l'opposé, certaines s'en détachent parfois complètement.(35)

Plusieurs études montrent que le maintien des contacts avec les enfants réduit les risques de récidive après la libération des prisonnières. Dans ce contexte, des unités de vie familiale sont mises en place dans certains établissements. Ces unités permettent à des

détenues de passer du temps en compagnie de leurs proches, la durée étant fixée en tenant compte de l'éloignement du visiteur.(36)

4.3.2 Du point de vue de l'enfant

Malgré les aménagements mis en place, l'enfant subit un certain degré de privation sensorielle et évolue dans un univers unisexué dans les premiers mois de sa vie.

De même, si la mère a un état dépressionnaire associé à sa condition de mère détenue, l'enfant peut se développer de manière carencée.(37)

Dès l'âge de 6 mois, le désir d'exploration de l'enfant se manifeste de façon importante. Cette exploration va amener l'enfant à s'éloigner de sa figure d'attachement tout en gérant la distance. Il va donc pouvoir explorer l'environnement lorsqu'il se sent en sécurité et se rapprocher de sa figure d'attachement dès qu'il se sent trop éloigné. C'est ce que l'on nomme la base de sécurité.

PARTIE II. Méthodologie

1. Problématique et hypothèses

Tout couple mère/enfant est unique, il apparaît comme primordial que les effets négatifs de la détention soient compensés par le bénéfice de ne pas séparer l'enfant de sa mère à la naissance.

Toutes ces lectures nous ont amenés à la problématique suivante : **En quoi le milieu carcéral ne respecte-il pas la spécificité de ce couple mère/enfant ?**

Nous émettons alors deux hypothèses :

- Le manque de connaissances du statut de la femme enceinte de la part des professionnels encadrant le couple mère/enfant, engendre une prise en charge non optimale.
- Le manque de travail en réseau entre les structures internes et externes aux établissements pénitentiaires entraîne plusieurs freins quant à la prise en charge optimale de ce couple.

2. Objectifs de l'étude

Le premier objectif de ce travail était de connaître l'organisation de la vie en prison lorsqu'un nouveau-né est présent, le fonctionnement de la maison d'arrêt dans ce cas-là, ainsi que les structures internes et externes à disposition. En effet, il était important pour nous de mieux appréhender toutes les institutions qui se mobilisent autour de ces femmes. Il est nécessaire de connaître tous les intervenants ainsi que leurs rôles, afin de parfaire cette prise en charge au sein d'un réseau complexe de professionnels et de structures.

Au premier avril 2018, trente et une femmes étaient écrouées à la maison d'arrêt de Rouen, portant le taux d'occupation des femmes à 44%.(1)

La nurserie peut accueillir au maximum deux couples mères-enfants. D'après les informations rapportées, il semblerait que ces quartiers accueillent en moyenne deux couples par an. Cet événement semble être marginal à Rouen, mais ce n'est pas le cas dans des villes comme Rennes, ou Fleury-Mérogis où se situent les deux plus grands

centres pénitentiaires de France accueillant des femmes.

En tant que sages-femmes, il est important pour nous de savoir comment s'effectue la prise en charge d'une femme enceinte au sein du milieu carcéral.

Il est de notre devoir de savoir prendre en charge ces détenues qui sont avant tout des femmes, des mères qui, dans ces situations physiologiques particulières, méritent toute notre attention.

Ces événements, souvent anecdotiques du fait de leur faible nombre, ont suscité de nombreuses questions. Interpellées par tant de questionnements nous avons voulu faire un état des lieux du déroulement de la prise en charge d'une femme incarcérée et de son enfant, le but final étant de comprendre les dysfonctionnements et de proposer des actions afin de prendre en charge de façon optimale ces couples dans leurs spécificités.

3. Déroulement de l'étude et population ciblée

3.1 Temps de préparation

Dans un premier temps nous avons identifié les différents professionnels qui gravitent autour de femmes enceintes, de femmes nouvellement mères ainsi que de leur nouveau-né. Ainsi, nous avons sélectionné les catégories professionnelles qu'il serait intéressant pour nous de rencontrer. Nous avons conclu de la nécessité d'effectuer dix entretiens, permettant ainsi de recouper les différentes informations récoltées, sans pour autant tomber dans l'effet de saturation et rester ainsi dans l'objectif de notre étude à visée qualitative.

Dans un second temps, nous avons préparé la prise de contact avec les professionnels, étape primordiale dans le but de recueillir leur accord à cette étude. Cette partie s'est déroulée durant la première moitié de l'année 2016.

Quelle que soit la façon dont les professionnels ont été contactés, nous nous sommes d'abord présentées. Puis nous avons expliqué notre étude, son intérêt, ses objectifs, et sa mise en œuvre. Nous avons répondu à leurs questions à ce sujet. Enfin, nous les avons avertis de la nécessité d'enregistrer les entretiens avec un dictaphone, afin de faciliter

par la suite leur retranscription et leur analyse. De même, il leur est assuré la garantie d'anonymat et la fidélité envers leurs propos.

3.2 Constitution de notre échantillon

Afin de répondre à notre problématique et de confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons interrogé les professionnels qui gravitent autour des femmes incarcérées et de leur nouveau-né en s'appuyant sur le cas particulier de la maison d'arrêt *Bonne Nouvelle* de Rouen.

- Au sein de la maison d'arrêt

Pour cela nous avons contacté, début 2016, le directeur de la maison d'arrêt de Rouen ainsi que la directrice adjointe de la Maison d'Arrêt des Femmes. Cette dernière fut notre correspondante privilégiée et a montré un intérêt particulier à notre travail. Après lui avoir présenté notre étude, elle nous a donné son accord pour effectuer des entretiens auprès de personnes concernées et compétentes pour répondre à notre sujet. Une fois notre guide d'entretien terminé, celui-ci leur fut envoyé par email.

Ainsi, nous avons pu nous entretenir initialement avec l'infirmière et cadre de santé à la Maison d'arrêt remplacée par la suite par sa consœur.

Au sein de la prison, nous avons également pu interroger la surveillante générale de la maison d'arrêt des femmes. Nous regrettons de ne pas avoir pu rencontrer un membre de l'équipe de l'unité médicale de psychologie faute de réponse de leur part.

- Structures externes

Afin de pouvoir interroger les médecins et puéricultrices des Centres Médicaux Sociaux, nous avons dû contacter les membres de leur direction respective. Ainsi, nous avons, début 2016, pu joindre Mme Bonatre, médecin directeur du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et PMI de la Seine Maritime, mais aussi Mme Gomis, qui était à l'époque responsable des Sages-femmes au sein des PMI de Seine-Maritime ainsi que sa collègue Mme Philocles possédant les mêmes qualités en ce qui concernent les puéricultrices. Après leur avoir fait parvenir notre guide d'entretiens et obtenu leur

accord nous avons pu solliciter les deux puéricultrices ainsi que les deux médecins petite enfance de l'UTAS 1 qui assurent les consultations auprès des femmes incarcérées et de leur nouveau-né, afin d'établir des dates pour mener à bien les entretiens.

Il nous a semblé intéressant de savoir quel(s) rôle(s) les sages-femmes jouent ou pourraient jouer dans ce système de soin carcéral. En effet, elles font parties intégrantes des PMI, et pourraient selon nous, être des intervenants majeurs pour une prise en charge globale, tant physique que psychique, maternelle ou infantile dans ces situations. Mme Gomis nous a alors transmis la liste et les coordonnées de trois sages-femmes territoriales de l'UTAS 1, ceci nous a été d'une grande aide afin de contacter les professionnels par email ou téléphone. Après requête, une seule sage-femme a répondu de manière positive, sage-femme avec laquelle nous avons pu fixer une date afin de nous rencontrer.
Voulant également connaître le point de vue d'une sage-femme hospitalière, l'activité y étant différente, nous avons sollicité Mme Obin, cadre supérieure de la maternité du CHU Charles Nicolle, afin d'obtenir une liste de sages-femmes qui auraient pu, durant leur activité, être confrontées à la prise en charge de ces femmes incarcérées alors qu'elles sont enceintes ou ayant un jeune enfant. Cette liste nous a permis de procéder à un tirage au sort d'un professionnel de santé à interviewer. La sage-femme fut alors contactée sur son lieu de travail afin de convenir d'un rendez-vous.

Nous avons aussi pu prendre contact avec Mme Jegou Neveu, directrice à l'époque du SPIP de Rouen. Après avoir expliqué notre projet, cette dernière nous a présenté le rôle de sa structure, et nous a mises en relation avec les conseillères d'Insertion et de Probation travaillant pour le champ transversal de la nurserie de la maison d'arrêt de Rouen.

Nous avons enfin contacté la directrice de l'association Relais Enfants-Parents Haute Normandie qui fut d'une grande aide pour comprendre le rôle de cette association au sein de la maison d'arrêt de Rouen. Elle nous a permis d'entrer en contact avec une sage-femme bénévole travaillant au sein de sa structure afin de comprendre quelles sont les missions de ces intervenants auprès d'une femme enceinte, puis d'une femme et de son enfant.

Les dix entretiens se sont donc répartis de la façon suivante : un avec une sage-femme bénévole de l'association Relais Enfant-Parent, un avec une sage-femme territoriale, un avec une sage-femme hospitalière, deux avec des médecins petite enfance territoriaux, deux avec des puéricultrices territoriales, un avec une conseillère d'insertion et de probation de la maison d'arrêt de Rouen, un avec l'infirmière cadre de santé de l'USS et enfin un avec la surveillante générale de la maison d'arrêt des femmes.

4. L'entretien

4.1 Choix de l'outil

Nous avons choisi de réaliser une étude prospective multicentrique et descriptive au moyen d'une méthode qualitative que sont les entretiens dits semi-directifs. Cela nous a paru être l'outil le plus judicieux pour mettre en évidence les témoignages des professionnels. En effet, « L'entretien semi-directif est une conversation ou un dialogue qui a généralement lieu entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage».(38)

Ainsi, pouvoir mener des entretiens permettait de guider l'interlocuteur dans la direction souhaitée afin de répondre le plus précisément possible à notre problématique. De même, ces entretiens offraient la possibilité d'accéder à des détails concernant le vécu, les émotions, les idées marquantes, les éléments clés de chaque professionnel et à travers eux, des femmes, ce qui, selon nous, n'aurait pas été possible de recueillir à travers un questionnaire papier.

4.2 Elaboration du guide d'entretien

La réalisation de guides d'entretiens (Annexe V) s'est faite sur la période d'août jusqu'à octobre 2016. Pour ce faire, nous nous sommes basées sur nos hypothèses de départ explicitées précédemment et nous nous sommes également aidées des ouvrages bibliographiques exposant les principes de conduite d'un entretien.(39) (40)

Initialement, nous avons éprouvé quelques difficultés à établir un guide d'entretiens

unique pour l'ensemble des professionnels sollicités. En effet, leur fonction et leurs actions au sein de la maison d'arrêt étant très différentes, certains n'y intervenant parfois même pas, il a fallu varier quelques questions. Néanmoins, la grille de base reste identique afin d'obtenir des informations concernant les domaines abordés de façon structurée sans pour autant définir un ordre. Ainsi, nous avons pu dégager trois grands domaines : Profil du professionnel – La triade femme enceinte/mère/enfant au sein de la maison d'arrêt - Travail en réseau. Chacun de ces domaines est lui-même composé de plusieurs items qui seront abordés lors des entretiens. L'ensemble a été organisé sous forme de tableau (Annexe XVII à annexes XXI).

Afin de s'assurer de la faisabilité de notre étude et de la pertinence de nos questions, un « entretien-test » a été réalisé avec une sage-femme territoriale. Cet entretien nous a aussi permis d'en estimer la durée. Le temps imparti était sans limite fixée, puisque l'entretien se terminait lorsque nous jugions avoir atteint notre objectif. De même, afin que les professionnels acceptent de participer à notre enquête, nous leur avons annoncé une durée d'échanges de trente minutes.

Cette partie de l'étude s'est donc déroulée du 5 décembre 2016 au 20 septembre 2017.

4.3 Retranscription des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de trente minutes. L'entretien le plus court étant de 19 minutes 10 secondes alors que le plus long durait 48 minutes 10 secondes.

Une fois les entretiens réalisés, nous les avons retranscrits selon les conventions de transcriptions orthographiques utilisées dans le projet Phonologie du français contemporain (PFC).(38) L'ensemble des textes obtenus constitue la base de notre travail d'analyse et permet également au lecteur l'accès à l'intégrité des propos. (Annexes VII à XVI)

4.4 Analyse des entretiens

Lorsque la retranscription des entretiens fut terminée, nous avons procédé à leur analyse. Pour que cela se fasse de la façon la plus objective possible, l'élaboration d'une grille d'analyse basée sur un guide d'entretiens nous a paru être la meilleure façon de procéder. *(Annexe XVII à annexe XXI)* Chaque entretien fut ainsi analysé suivant la même méthode, soit un classement des données par thématiques et items préalablement définis.

A partir de cette grille, l'analyse des entretiens s'est faite d'abord de manière longitudinale en gardant les mêmes critères d'analyse (*Annexe XXII à Annexe XXXI*). Puis, les résultats obtenus ont été comparés pour chacun d'entre eux, de façon à réaliser une analyse transversale des données (*Annexe XXXIII à Annexe XXXIV*). Ainsi, les réponses correspondant à chaque item ont pu être confrontées, étudiées, et, de manière complémentaire, permettent une représentation globale de la prise en charge du couple mère/enfant au sein de la maison d'arrêt de Rouen.

5. Limites de l'étude

Notre étude a fait intervenir des professionnels d'horizons très divers. Cela a été une force mais aussi une réelle limite notamment lors de l'élaboration des grilles d'entretien et durant les analyses longitudinales et transversales. Par ailleurs, nous avons rencontré quelques difficultés lors de ces dernières du fait de la quantité d'informations récoltées et de leur subjectivité.

De plus, ce n'est qu'un échantillon de professionnels gravitant autour de cette triade femme/mère/enfant qui a pu être interrogé. En effet, seules dix personnes ont pu être questionnées. Comme vous pourrez le constater, ces dernières ont été rarement confrontées à ces femmes incarcérées au sein de la maison d'arrêt. En cela, il nous est impossible de conclure des généralités de ce travail, généralités pouvant éventuellement être transposable aux autres centres pénitentiaires bénéficiant d'un quartier nurserie.

Les professionnels travaillant en collaboration, il a été difficile d'être les plus objectives

possibles lors de l'analyse de certains entretiens. En effet, les visions du travail des uns et des autres étaient liées aux pratiques collectives et aux ressentis très subjectifs en fonction de la profession ou de l'action des interviewés. Ainsi, les discours entendus sont très orientés selon les convictions de chacun.

Cette étude se déroule sur deux années. Nous avons pu constater qu'entre le début de la mise en place de ce travail et la fin de celui-ci des mesures avaient été mises en place afin d'améliorer cette prise en charge, nous expliciterons ce point lors de la discussion. Nous osons croire que le fait d'interroger ces professionnels leur a permis de questionner leurs pratiques collaboratives…

Enfin, il nous a réellement manqué l'intervention d'un professionnel en psychologie afin de comprendre au mieux le développement de l'enfant lors de cette incarcération.

Partie III : Résultats

La double analyse des données recueillies, à partir des dix entretiens menés, nous a permis de comprendre le fonctionnement du milieu carcéral, et sa particularité lorsqu'il s'agit de la prise en charge du couple mère/enfant.

Thème 1 : Profil professionnel

Ce premier item avait pour but de cibler les différentes catégories de personnes intervenant auprès des trois personnes phares de notre étude à savoir la femme enceinte dans un premier temps puis la mère et son nouveau-né.

Conformément à l'accord signé entre le conseil général et le centre pénitentiaire, deux puéricultrices du département comme Madame D *« je suis puéricultrice de PMI »* et Madame E *« je suis euh infirmière puéricultrice de PMI*" consacrent une partie de leur activité à exercer au sein de la maison d'arrêt et ce depuis trois ans.

A *Bonne nouvelle*, les interventions du secteur territorial se font conjointement entre les puéricultrices et les médecins petite enfance. Madame F est " *médecin [...] petite enfance dans le cadre du service de protection maternelle et infantile*" et Madame G est *« actuellement 100% au Conseil départemental + médecin + je suis 70% médecin de vaccination pour les plus de six ans et 30% médecin de PMI".* Toutes deux ont une activité plus ancienne avec la maison d'arrêt puisqu'elles ont commencé respectivement en 2014 et 2011.

Leurs missions y sont variées : pour Madame F son travail s'organise en quatre axes *"la mission principale qui est la protection de l'enfance on a nos consultations les bilans des enfants scolaires et handicap et les enfants confiés à l'ASE",* missions que l'on retrouve également dans le discours de Madame G : *"on a les consultations en binôme avec les infirmières puéricultrices [...] c'est consultation médecin seul comme ma collègue x je pense où on voit les enfants qui sont dans les situations protection de l'enfance donc aide sociale les enfants des écoles suite au bilan fait par l'infirmière puéricultrice à l'école »*

Parmi leurs multiples champs d'action, ces professionnelles en ont identifié un qui semble être leur fil rouge : "*la partie importante c'est en effet la protection de l'enfance"*

(Madame D) "j'ai oublié un gros morceau la protection de l'enfance" (Madame E). Cette protection de l'enfance passe au travers de plusieurs activités : pour Madame D "*donc on organise des pesées pour les mamans on travaille en binôme aussi avec le médecin de PMI sur les consultations + là aussi des missions auprès des assistantes maternelles + euh + pour leur agrément les renouvellements et caetera on intervient dans les écoles maternelles pour faire des bilans aux enfants de 4 ans [...] on a aussi des missions de prévention et de protection de l'enfance en binôme avec l'assistante sociale souvent"* activités que l'on retrouve également dans les missions de Madame E.

La protection de l'enfance semble être également la partie centrale pour les médecins de petite enfance interrogées « *c'est une activité en lien avec toutes les autres la mission principale qui est la protection de l'enfance* » (Madame F). Cette mission transversale s'appliquera lors des consultations pour les enfants de 0 à 6 ans, durant les bilans réalisés en école maternelle conjointement avec les puéricultrices mais aussi lors du suivi des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Nous avons lors de notre étude contacté les conseillers d'insertion et de probation "*l'intitulé de notre poste c'est conseil pénitentiaire d'insertion et de probation » (Madame A)* Les missions de ces conseillers sont lourdes de responsabilités : *« notre mission principale c'est prévenir la récidive […] maintien des liens familiaux aide à la vie sociale et prévenir tout effet de dé-socialisation et préparation à la sortie ».* Madame A travaille au sein de l'administration pénitentiaire depuis 2012 et plus spécifiquement dans le champ transversal de la nurserie depuis 4 ans.

Ce travail se construisant à partir du milieu carcéral il nous a paru essentiel de contacter des personnes internes au système. C'est dans cette idée que nous avons pu rencontrer Madame I qui est *« lieutenant pénitentiaire »,* diplômée depuis 2010 elle travaille *« à la maison d'arrêt de Rouen […] depuis 2006 »* dans le rôle d'encadrement de détention, elle gère ainsi les équipes de surveillants, gestion d'audience et la préparation en commissions des peines.

L'Unité de Soins Sanitaire (USS) est très souvent citée dans les rapports faisant l'état des lieux des prisons. C'est dans cette idée que nous avons voulu connaître le fonctionnement interne de cette structure. Ainsi, nous avons pu interroger l'« *infirmière et cadre de santé*

médicale au sein de la maison d'arrêt de Rouen » Madame J. L'USS est un service dépendant du CHU se composant de cinq infirmières deux secrétaires, une ASH, un médecin, puis des vacations sont assurées par trois autres médecins, deux dentistes, un gynécologue, un anesthésiste un pneumologue, médecins infectieux, ophtalmologues, radiologues. Ces professionnels peuvent être à temps-plein à la maison d'arrêt ou assurant des vacations ou encore des consultations par le biais de la télé-médecine.

L'association Relais enfants-parents a une place importante dans ce paysage carcéral. Composée de bénévoles de tous horizons professionnels, elle nous a permis de contacter une sage-femme *"anciennement sage-femme hospitalière nouvellement sage-femme libérale et en parallèle bénévole à l'association Relais enfants parents." (Madame H).* Les missions du Relais ont été recueillies selon le point de vue de cette bénévole *« le Relais est là pour mettre en lien des parents et des enfants et du coup ils sont contactés quand il y a des bébés qui vont arriver parce qu'il faut mettre en lien avec la famille.*" Le bénévolat de Madame H datait de 7 mois quand nous l'avions contactée, mais cette courte expérience n'en restait pas moins très intéressante et enrichissante pour elle.

A l'heure actuelle, les sages-femmes n'interviennent officiellement auprès de notre population-cible que lors de l'exercice de leur profession en milieu hospitalier au sein du CHU. Cela se fait donc lors des consultations prénatales, l'accouchement et durant le séjour en suites de couches. C'est le cas de Madame C *("je suis sage-femme [...] en hospitalier")* qui exerce depuis 5 ans maintenant, d'abord en secteur public de niveau II puis secteur public de niveau III.

Notre idée initiale était de pouvoir rencontrer une sage-femme territoriale. Ainsi il nous a été permis de rencontrer Madame B *"sage-femme PMI au Centre Medico social" depuis 28 ans après avoir exercé initialement comme sage-femme hospitalière* ». Les missions d'une sage-femme territoriale ont été explicitées par notre interlocutrice : *"les missions sont essentiellement prévention/promotion de la santé prévention dans notre domaine de compétence hein théoriquement on est pas dans du curatif mais du préventif [...] c'est la prévention de la fragilité médico psycho social soit dans le cadre de nos consultations prénatales la consultation prénat étant un temps d'échange beaucoup plus long [qui] va nous permettre de cibler un peu le contexte de cette femme voilà nos autres missions [...] on fait beaucoup d'informations de groupe dans le domaine de la sexualité on va dire au sens large autant l'estime de soi le respect de son corps la prévention des violences dans*

le couple autant que la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuelles dans le sens large donc et là on intervient dans différentes associations différents lieux beaucoup l'éducation nationale dans les milieux scolaires".

Lorsque nous avons effectué nos entretiens, tous les professionnels actuellement autorisés à travailler en lien avec la maison d'arrêt s'y étaient déjà rendus à de nombreuses reprises.

Thème 2 : Spécificité du milieu carcéral

Item 1 : La triade : femme enceinte - mère – enfant

L'univers pénitentiaire est un monde particulier, méconnu du grand public, l'appréhender n'a pas été chose aisée. Il était primordial pour nous de connaître les histoires de ces femmes incarcérées afin de comprendre ultérieurement si toutes les actions menées autour d'elles étaient les plus appropriées. Les professionnels nous ont fait part de leurs ressentis au travers de différents couples qu'ils ont pu prendre en charge.

La prison est un milieu « particulier », « impressionnant » (Madame D), très bruyant, et parfois violent : cela, Madame F nous le dit clairement *« la prison est un milieu violent cela passe aussi avec les bruits il est enfermé mais il y a du bruit personnellement je ne supporte pas les portes là elles sont lourdes ça résonne ça bip avec des murs en béton c'est vraiment pas chaleureux ».*

Ce ressenti, Madame C le retrouve aussi dans le milieu hospitalier. Pour elle, la situation ne s'est présentée que deux fois, mais lorsque les sages-femmes sont amenées à prendre en charge des patientes privées de leur liberté de mouvements, la situation devient rapidement anxiogène pour les équipes : « *ben oui c'est hyper compliqué car tu te fais carrément des films + quand elles sont menottées quand tu sais tu te dis si ça se trouve la nana elle va te buter* ».

Pour préserver les femmes enceintes, deux cellules sont créées formant le quartier « nurserie ». Elles y sont placées à partir du 7ème mois de grossesse, Madame F nous

raconte : « *la nurserie contient deux places mais il peut y avoir plusieurs femmes enceintes elles sont mises en nurserie après le septième mois de grossesse après elles n'y sont pas elles peuvent être accompagnées en nurserie à l'inverse par une détenue elles essayent de mettre ensemble une personne qui pourrait convenir + c'est pas toujours le cas mais pour aider la maman qui est enceinte à ne pas être seule pour les protéger des coups des crises de colères des autres* ».

Les femmes peuvent venir des quatre coins de la France, leur répartition dans les centres de détention se fait principalement en fonction de la place dans les nurseries. Ainsi les cellules peuvent être vides, comme accueillir des femmes venant d'autres établissements, ou encore des femmes demandant le rapprochement avec leurs aînés. En prison, les parturientes sont rares, comme nous l'explique Madame I « *après des femmes enceintes qui accouchent on en a une par an et encore c'est très sporadique […] pas toujours occupées non là oui j'ai les deux occupées mais pendant longtemps elles sont vides […] des fois on a des mamans qui sont là parce qu'il n'y a plus de place dans les autres nurseries donc on les transferts dans d'autres établissements des rapprochements fautes de place après c'est vraiment fluctuant je peux avoir personne pendant très longtemps et en avoir prise pendant longtemps* ».

«*le parcours de ces femmes qui arrivent à la prison est forcément particulier leur histoire est aussi unique et inédite» (Madame F)* plusieurs facteurs vont alors intervenir : l'âge du nouveau-né présent, l'existence d'un relais familial ou amical à l'extérieur, la durée d'incarcération… mais aussi l'isolement et la promiscuité de l'espace dédié à ces mères et leur enfant. Ce sont toutes ces considérations qui interpellent les professionnels.

Durant son incarcération, il sera proposé à la femme de rencontrer en anténatal comme en postnatal, des membres du conseil départemental. Ainsi peuvent intervenir les puéricultrices : « *c'est un travail de PMI mais dans un milieu particulier mais on lui propose les mêmes choses les mêmes conseils […] les dames ne sont pas obligées d'accepter tout comme ici c'est une proposition d'accompagnement* » (Madame D). Elles feront alors des séances dites de préparation à la naissance portant sur les effets de l'arrivée du bébé, le matériel nécessaire, l'alimentation etc. Interviendront aussi, les médecins petite enfance. D'abord en anténatal pour se présenter « *on se présente parce que nous on ne fait pas le suivi de la maman on se présente pendant la grossesse on se*

met à disposition si elles ont des questions à poser avec la puéricultrice » puis en postnatal « *et puis après une fois que le bébé est né on va les voir on leur a demandé avant leur accord on va les voir à la maternité et puis on discute avec elles autour du bébé et on programme nos passages réguliers* ». Le suivi se met alors en place comme lors d'une prise en charge dite classique d'une femme non privée de liberté : « *la puéricultrice va faire une fois par semaine le poids la taille voir comment ça se passe et nous en tant que médecin on voit normalement que si il y a besoin et sinon c'est les visites du premier mois deuxième mois troisième mois les vaccins* » (Madame G)

La répartition se fait par binôme et à tour de rôle comme le précise Madame D : « *on fait à tour de rôle + c'est une fois une équipe une fois l'autre sachant que même quand c'est une équipe qui s'en occupe quand on met un mail pour informer où en est la prise en charge on met tout le monde en copie comme cela tout le monde est au courant ».*

Les sages-femmes territoriales du conseil général n'interviennent pas dans la prise en charge des femmes incarcérées, ce que regrette Madame B : « *au sein du conseil général non non pas du tout et c'est franchement dommage* ». Elle n'intervient pas dans ce paysage carcéral, cependant, elle est au courant que les consultations prénatales se font au sein d'une maternité de référence. De même, elle a connaissance de la prise en charge multidisciplinaire : préparation de l'accueil du nouveau-né par les professionnels proches de la naissance tels que médecins petite enfance et les puéricultrices.

Selon la loi, l'enfant peut rester jusqu'à ses 18 mois auprès de sa mère. Parfois, cette directive peut faire l'objet d'une dérogation. En effet, il est arrivé que « *la direction de la maison d'arrêt* [fasse] *une dérogation exceptionnelle pour qu'il puisse rester une journée de plus* ». Évènement anecdotique mais quand il survient, il nécessite une organisation minutieuse. Ceci reste néanmoins un problème intrinsèque au milieu carcéral.

Cette limite d'âge séparatrice n'intervient que peu souvent à la maison d'arrêt de Rouen. Le quartier des femmes ne se compose que de femmes ayant obtenu des « *peines étant de courtes durées ou des préventives ce n'est pas un centre de détention avec des peines longues et puis les locaux ne sont pas organisés d'une telle façon que l'on puisse accueillir des enfants grands »* précise ainsi Madame F.

Certains professionnels n'ont pu s'occuper que de jeunes enfants, comme Madame G : « *je n'ai pas eu le temps d'aller très loin moi avec les enfants parce que très souvent je crois que le plus vieux que j'ai eu à suivre il avait trois ou quatre mois […] parce que + en fait j'ai eu souvent des mamans qui étaient enceintes elles ont accouché pendant leur temps d'incarcération et après on a entamé le suivi et + régulier + la maman et le bébé donc soit elles ont été libérées d'un seul coup et puis on n'a plus eu de suites soit transférées c'est arrivé aussi + transférées libérées* ».

Madame I a quant à elle vécu une séparation mère enfant due aux défauts de soins de la mère *« j'ai jamais eu une séparation à la limite des 18 mois j'ai eu des cas où le bébé a été retiré à la maman pour maltraitance abandon de soins mais jamais de séparation due à l'âge non »*

Derniers visages dans ce paysage carcéral, celui du Relais enfants/parents, intervenants par le biais de ses bénévoles, essentiellement retraités, dont le rôle est de maintenir le lien entre des parents incarcérés avec leurs enfants à l'extérieur par le biais d'activités telles que des dessins, des activités manuelles, des photos le tout de manière officielle et déclaré.

Notre interlocutrice n'est intervenue qu'auprès des femmes enceintes/mères : «*je ne suis jamais allée rencontrer d'autres femmes qui n'étaient pas enceintes ou qui n'avaient pas de bébé effectivement* » Elle a alors pu faire de la relaxation par le biais de musique, et du travail de posture. L'intervention nécessite de prendre « *une demi-journée et ça reste du bénévolat pour le moment* ». (Madame I)

Comme évoqué tout à l'heure cela reste un choix des femmes incarcérées de solliciter ces intervenants.

Même s'il n'y a pas de raison pour que les bénévoles soient au courant du motif d'incarcération, la durée quant à elle reste appréciable. En effet, cela permet de mettre en place un travail organisé sur le long terme « *la patiente que j'avais vue initialement il était question qu'elle sorte elle elle pensait qu'elle aurait eu une petite peine elle pensait qu'elle serait sortie mais finalement non + mais du coup il faut qu'elle se prépare à rester un bout de temps avec ou sans son bébé ».*

Madame I « *apprécie* » ses visites à la maison d'arrêt. Elle s'interroge sur le rôle à jouer de chacun dans la prise en charge du lien mère enfant chez une femme déjà fragile : « *la partie mère enfant + le lien + c'est que le Relais + enfin moi de ce que j'ai compris + il y a*

que le Relais qui le fait elles ont fait une faute elles se retrouvent en prison pour ça elles se retrouvent pour une peine plus ou moins longue mais il y a un bébé et qu'est-ce qu'on fait du bébé dans l'histoire en plus la femme est dans une situation de fragilité importante et nous quel est notre rôle dans tout ça voilà moi je pense qu'à l'hôpital on n'est pas là pour juger les gens et juger leur faute ».

Enfin, le Relais peut fournir du matériel de première nécessité pour les enfants ainsi « *elles ont tout un tas de trucs qu'elles leur passent euh elles ont des jouets de la layette parce que + il y en a qui sont dans des situations […] très précaires du fait de la situation ».*

Item 2 : Le réseau familial

Pour l'essentiel des professionnelles interrogées (9 sur 10), les femmes incarcérées sont des « *femmes très isolées* », en « *rupture familiale* » selon Mesdames A et F. Le lien avec l'extérieur est même décrit comme « *chaotique* » par Madame A. Il n'est pas rare que les deux membres du couple soient incarcérés comme le précise Mesdames C et I.

Le cas échéant, si un relais familial ou amical existe, il s'organise alors une garde alternée de l'enfant, établie conjointement entre les détenteurs de l'autorité parentale et l'administration pénitentiaire (« *c'est les parents qui doivent s'organiser avec l'administration pénitentiaire* » Madame E). Cette dernière précise que la présence de famille à l'extérieur reste un élément confortable dans la prise en charge de l'enfant : « *il entrait sortait il avait sa grand-mère ses frères et sœurs c'était plus confortable ».*

Dans ces situations d'isolement, la place du Relais enfants-parents est décrite comme essentielle :

- Madame F : « *l'importance du Relais parents enfants qui peut être à leur disposition* »
- Madame G *: « c'est vrai que la présence du Relais qui peut sortir l'enfant + c'est un gros point* »
- *Madame H : « les membres du Relais prennent l'enfant pour l'emmener d'un parent à l'autre* »

- Madame I : « *oui voilà le Relais emmène l'enfant à son père et le ramène ensuite à sa mère […] c'est le Relais qui nous sauve sur beaucoup de choses en fait c'est le lien forcément il nous sauve* »
- Madame J : « *c'est vrai que dans ces cas-là le Relais est vraiment un plus* »

Thème 3 : Travail en réseau

Item 1 : Intervenants extérieurs

Des professionnels extérieurs à la maison d'arrêt de Rouen sont amenés à intervenir auprès des femmes incarcérées. On identifie ainsi deux catégories de partenaires, connus les uns des autres.

En premier, les membres du service départemental. « *nous le SPIP devons contacter la PMI informer la responsable de la PMI […] pour prévenir de l'arrivée d'une femme enceinte à la maison d'arrêt de Rouen* ». Cependant *« la personne détenue n'a pas l'obligation de demander un suivi avec la PMI* », il revient aux membres du champ transversal de la nurserie de « *s'assurer que la personne détenue qu'elle souhaite ou non un suivi PMI »* mais celui-ci ne peut lui être imposé comme nous l'explique Madame A. Le travail de prévention de la PMI auprès de cette femme dans un état de fragilité psychologique ne peut donc se faire qu'après accord au préalable et établi par la personne concernée.

Une situation nécessite l'intervention d'un binôme – médecin petite enfance/puéricultrice. Ce sont donc quatre intervenants de PMI qui rendent cette prise en charge possible de façon continue. Ces premiers partenaires sont connus de tous :

- Madame A : « *et la PMI désigne une équipe il y en a deux et c'est chacune leur tour et elles viennent rencontrer la personne détenue avant et après l'accouchement* »
- Madame C : « *je pense qu'elles rencontrent les puer les médecins petite enfance elles rencontrent ces professionnels proches de la naissance* »
- Madame D : « *il y a deux équipes qui interviennent à la maison d'arrêt deux équipes binômes médecin-puéricultrice »*

- Madame E : « *on est deux binômes mais on se transmet les infos pour que ben on soit toujours au […] un médecin de petite enfance […] on est de quatre PMI différentes deux puer et deux médecins mais c'est des médecins qui travaillent en petite enfance* »
- Madame F : « *le département avec la PMI* »
- Madame G : « : *on essaie d'être au courant des situations toutes les quatre mais il n'y a qu'une équipe qui prend vraiment en main une situation à chaque fois* »
- Madame H : « *ce sont les interlocuteurs privilégiés en fait la PMI en externe* »
- Madame I : « *la PMI elle intervient pour les vaccins les visites si on l'appelle mais la PMI fait pas ça c'est plus + donc voilà on les voit quand ils viennent faire les visites médicales* »
- Madame J : « *eh bien la PMI avec les médecins et les puer elles fonctionnent en binôme elles voilà* »

Malgré la connaissance par chacun de la Protection Maternelle et Infantile, le rôle de ces équipes reste parfois flou pour certaines : « *la PMI c'est la préparation à l'accouchement enfin il y a plein de chose il y a le médecin qui vient s'occuper de l'enfant il vérifie qu'il va bien le mesure le pèse »* (Madame A).

Deuxième partenaire primordial dans cette prise en charge : le Relais enfants-parents. *« souvent c'est la direction de la maison d'arrêt qui prévient l'association* » (Madame A) lorsqu'une femme enceinte est incarcérée. A la lecture des entretiens, nous nous rendons compte que l'activité et la présence de cette association sont citées dans 8 entretiens sur 10. Madame B n'intervenant pas dans ce paysage carcéral, nous pouvons comprendre qu'elle ne cite pas le Relais.

Seule Madame C n'abordera pas la présence des partenaires présents lors de l'accompagnement des femmes incarcérées et de leur nouveau-né.

Item 2 : Intervenants intérieurs

Les intervenants au sein de la maison d'arrêt sont plus nombreux et constituent une partie plus importante de notre échantillon.

La **directrice adjointe de la maison d'arrêt des femmes** est régulièrement citée (Mesdames A-D-E-F-H) comme étant la référente et la coordinatrice des réunions proposées entre les différents intervenants.

Le **Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation** coordonne la gestion administrative de la détention et apparaît souvent comme un partenaire clé. C'est le cas pour Madame D « *on est en relation avec le SPIP + c'est important de savoir aussi où on en est l'avancée + par exemple si une dame demande une libération voilà + donc + notamment moi j'ai eu plusieurs fois des contacts avec Madame x pour savoir où elle en est de sa peine* » ou encore « le *SPIP premier point d'échange »* pour Madame E. Il ne reste pas moins cité par les autres intervenants, Mesdames F-G-I-J.

Le **service médical :** cette annexe du CHU composée de plusieurs praticiens se trouve au sein même de l'établissement de détention et assure les soins en milieu pénitentiaire. Leurs missions sont exigeantes du fait du contexte particulier dans lequel ils évoluent. On y retrouve ainsi une triple contrainte : sécuritaire, organisationnelle et sanitaire.

8 intervenants sur 10 ont cité le service médical, les acronymes utilisés n'étaient parfois pas mis à jour. Mesdames A, D, E, G, I et J parleront en plus de l'Unité de Soins Psychiques se trouvant au sein de la maison d'arrêt.

Madame A déplore le travail avec l'USS « *on travaille avec le service médical c'est très difficile de travailler avec le service médical* ».

En lien direct avec les détenus se trouvent **les surveillantes** comme nous le rappelle Madame J : « *les surveillantes avant tout je dirai parce que ce sont elles qui passent dans les couloirs qui les voient le plus finalement »* ou encore Madame I : « *leurs premiers contacts sont les surveillantes qui sont à l'étage qui ouvrent les portes qui leur donnent à manger qui font les surveillances dans la nuit leur contact sont vraiment les surveillantes c'est elles aussi qui me donnent les infos sur les détenues*». La surveillante générale de la MAF centralise toutes les informations relevant d'une prise en charge particulière et permet ainsi de faire le lien avec – entre autres - l'unité sanitaire (« *c'est*

moi qui fait le lien avec la PMI l'équipe médicale le relais parent enfant » Madame I). Ce rôle important est bien connu des équipes du service départemental *« il y a la gardienne en chef de la maison d'arrêt pour femmes qui est aussi présente dans les synthèses parce que c'est elle qui est directement en contact avec elles ».*

Cette présence apparaît comme sécuritaire, néanmoins, Madame E tient à rappeler que les surveillantes ne sont pas responsables de la surveillance de l'enfant. (« les *surveillantes ne le surveillent pas* »)

Item 3 : Réglementation du travail interdisciplinaire

- La convention

Afin que la prise en charge de la femme enceinte, de la mère et de l'enfant se passe dans la meilleure dynamique possible, une convention relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée fut établie en mai 2015. Cette convention fut signée entre le département de la Seine-Maritime, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de Seine-Maritime, la maison d'arrêt de Rouen, et le CHU de Rouen, représentant l'unité sanitaire somatique.

Cette convention, « *tout le monde en a connaissance* » (Madame A) et s'y réfère (« *on s'y réfère pour que chacun euh sache ce qu'il doit faire son rôle ah oui c'est important* » Madame E) :

- Madame D : « *c'est une convention qui a été signée entre le département la maison d'arrêt et le CHU* »
- Madame F : « *oui qui a été établie entre le département le CHU la prison* »
- Madame G « *c'était celle-là il y a la maison d'arrêt le SPIP le département de la Seine-Maritime + et le CHU* »
- Madame I « : *il y a une convention qui existe* »
- Madame J « *bah il y a le SPIP la direction de la maison d'arrêt la PMI et le CHU je pense qui nous englobe nous service médical du coup* »

Seule Madame C, de par son exercice en milieu hospitalier n'avait pas cette notion (« *ah ouais je savais pas »*). Concernant la prise en charge en milieu hospitalier, Madame C

explique qu'« *il n'y a pas de protocole à la mater* ». pour permettre la prise en charge de femme incarcérée dans de bonnes conditions.

Néanmoins, cette connaissance n'est que parcellaire : notion évolutive : « *ouais alors cette convention je sais plus trop où elle en est maintenant* » (Madame A), notion de date « *une convention a été signée mais je ne peux pas vous dire pas de quand date* » (Madame D).

Elle est actuellement remise en cause « *elle a été remise en cause l'autre fois »* nous dit Madame A, par manque de clarté dans certaines situations : la prise en charge médicale de l'enfant dans les situations non vitales « *naturellement ça nécessite une évolution ce qui n'est pas très clair c'est la prise en charge médicale de l'enfant ça c'était un point litigieux* » (Madame A), « *que dans la convention c'est bien clair il est noté que si ce n'est pas un transport médicalisé c'est à dire par le SAMU fait intervenir ses partenaires habituels soit les ambulances privées ou pompiers mais en pratique là ça n'avait pas fonctionné* » (Madame D). La délivrance des médicaments pour l'enfant lorsqu'il est auprès de sa mère : « *ce n'était pas clair pour tout le monde par exemple + cela permet de faire quelques points par exemple concernant les médicaments l'enfant hospitalisé il revient à la maison d'arrêt il a des médicaments qui fournit les médicaments c'est pas clair pour tout le monde […] les médicaments pouvaient être fournis par la pharmacie du CHU parce que le CHU a signé aussi la convention mais ce n'est pas si clair*» (Madame D).

L'atypie de chaque situation rend cette prise en charge sensible : « *c'est bien écrit qui fait quoi comment mais évidemment les situations sont toutes différentes les unes des autres tellement spécifiques que ça peut passer entre les lignes* » (Madame E).

La place du Relais enfants-parents est aussi remise en question non du fait de leurs actions, mais de leur place durant les réunions multidisciplinaires : « *ce sont des points que l'on doit améliorer avec les différents partenaires qu'il en est du secret professionnel ils ne sont pas dans la convention dans la convention c'est bien noté que les différentes personnes qui peuvent assister à la synthèse et le Relais n'apparaît pas sauf qu'ils sont là à chaque fois* » (Madame D), « *alors non pas le Relais non effectivement* » (Madame F). Leur place dans le bien-être de la mère et de l'enfant est soulignée, mais le non respect du secret médical semble être un frein dans certaines situations : « *oui après ils s'investissent + je veux dire + y a du secret médical du secret professionnel + disons qu'ils*

s'investissent beaucoup après + on a besoin d'eux c'est sûr ils ont besoin de nous mais après + on dit c'est pas trop leur rôle leur rôle c'est bien-être du bébé la maman […] de favoriser tout ça maintenant on est bien content s'il y a personne pour accompagner le bébé à l'écho qu'ils soient là c'est sûr mais ils ont peut-être pas non plus à recevoir tous les éléments toutes les infos médicales qui vont être données » (Madame G). Situation que l'on retrouve avec Madame I « *le Relais il se déplace là-bas pour prendre des nouvelles mais logiquement dans la comment dire dans la convention + c'est une infirmière puer qui doit faire le lien au CHU sauf que la plupart du temps c'est loupé aux urgences ils sont pas au courant et donc parce-que après nous il faut qu'on puisse donner des nouvelles à la maman » tout comme Madame E « quand on est à la maison d'arrêt et qu'on est tous autour de la table euh il y a beaucoup de choses qui sont évoquées tout y passe et on se dit que tout le monde ne devrait pas y être nous on est soumis au secret professionnel et tout y passe c'est compliqué en fait ».*

Bien que les rôles de chacun soient définis, il y a des manques : « *on s'y réfère pour que chacun euh sache ce qu'il doit faire son rôle ah oui c'est important en PMI on fait de la prévention on est pas censé recevoir les enfants malades et puis faire des prescriptions seulement quand on y va et que bah au décours de la consultation et bah on constate que que bah il a une otite + dans la convention c'est écrit que le médecin de l'USS peut (L2 insiste) examiner le bébé c'est pas doit* » (Madame E) *« là tout le monde se renvoie la balle c'est plus compliqué et il faut trouver des solutions* » (Madame F), « *effectivement la PMI c'est pas à eux de le faire alors des fois le service médical se reporte sur la PMI et inversement* » (Madame A). Le turn-over et l'intervention de nombreux professionnels rendent leurs échanges plus difficiles :« *je ne crois pas qu'elle [sage-femme bénévole] soit attachée spécifiquement aux mamans avec bébés + enfin + je ne pense pas mais c'est vrai que l'on ne connaît pas très bien son travail non plus parce que l'on se croise dans les couloirs + et puis des fois en réunions mais on va pas on redit pas chacun ses missions* » (Madame G).

Il n'empêche que c'est une base solide (« *mais c'est important que l'on ait une ligne directrice* » Madame E)) qui permet d'effectuer correctement des prises en charge (*« les choses roulent je pense que la convention est claire pour tout le monde* » (Madame A)) et une volonté de bien faire et d'amélioration est ressentie dans les différentes équipes (« *voilà cela permet d'améliorer des points et faire évoluer cette convention de*

toute façon » (Madame D) « *toute convention peut être amender et rectifier et en permanence être revue c'est en cours suite à nos remarques récentes* » (Madame F) « *oui voilà du coup ça permet de faire le point et d'améliorer gérer la prise en charge* » (Madame J)).

- Les réunions

"Une organisation de réunion est faite, de façon mensuelle avec tous les partenaires pour faire le point de la personne et de l'évolution de cette personne" nous explique Madame A *« il est prévu une première réunion qui associe les différents partenaires dans le mois qui suit l'arrivée de la maman »* poursuit-elle. Madame D continue en précisant « *cela dépend de la demande + cela dépend des arrivées des mamans parce que par exemple la dernière maman là qui est arrivée […] euh on n'a pas organisé une synthèse parce que de toute façon + il était prévu qu'elle ne reste pas très longtemps on savait qu'elle serait libérée rapidement* ». Le SPIP ayant connaissance de la durée des peines, transmet à ces collègues s'il y a ou non besoin de leur intervention lors de l'incarcération d'une femme enceinte. *(« madame x savait + enfin elle a fait une demande de libération et elle disait qu'il y avait toutes les chances pour qu'elle soit libérée […] on s'envoie des mails et on se fixe une date pour organiser la synthèse* » (Madame D)).

Ces réunions regroupent toutes les organisations qui interviennent autour du couple : *"à la réunion qui est organisée il y a le SPIP l'USS l'USP euh il y a le Relais enfants parents et puis c'est tout voilà c'est les partenaires il y en a pas d'autres »* (Madame A). La place de chacun au sein de ces réunions a été évoquée précédemment. Néanmoins un nouvel intervenant est ici cité, l'Unité de Soin Psychologique (USP), explicitait plus en détails par Madame I : « *les services d'unité de soin psychologique le SMPR qui dépend de Saint Etienne du Rouvray […] ils viennent aussi aux réunions parce que souvent les mamans ont besoin d'un suivi psychologique* ».

Pour Madame F, ces réunions restent *« compliquées à organiser […] ça fait beaucoup de monde ensemble qui n'a pas le même mode de fonctionnement* ».

En dehors des réunions la communication se fait préférentiellement par e-mail comme nous le précise Madame D : *« on essaie au mieux de communiquer […] c'est vrai qu'on communique beaucoup par mail moi je trouve que cela roule plutôt pas mal* ». Madame I met également en avant cet outil de communication « *après on a des réunions mensuelles avec le Relais parents enfants la PMI les intervenants sociaux de la pénitentiaire pour un suivi avec un référent pénitentiaire et on échange quand on se voit ou par mail et on se tient au courant pour une situation tendue on se tient au courant on met en commun les uns les autres les observations nos inquiétudes* ».

- Limites dues à la prison

« *Prison on peut pas forcément se voir quand on arrive en prison il faut présenter sa carte d'identité on vous donne un badge mais le badge ne vous donne accès qu'à la maison d'arrêt pour femme si par exemple vous souhaitez aller à l'infirmerie pour discuter avec l'infirmière de la maman par exemple il faut une autre autorisation donc + on peut pas circuler comme l'on veut + c'est vrai il y a tout un tas de portes à passer + c'est très + très régi* » Madame D. L'éloignement géographique du centre médical par rapport au quartier des femmes pourrait expliquer la difficulté de travailler avec le service médical. Ce point avait également été soulevé précédemment par Madame A.

Item 4 : Axes d'amélioration

Tous les intervenants sollicités ont eu à cœur de nous énumérer des axes d'amélioration. Mais tous ces éléments se heurtent à une question importante : « *après toute la question est de savoir jusqu'à quel point il faut qu'elles payent* » (Madame H). Sans pouvoir nous-mêmes répondre à cette question, voici les idées que nous avons pu récolter.

Une idée clé est ressortie en premier lieu chez tous nos interviewés : travailler sur les cellules, tant au niveau du confort, qu'au niveau du matériel proposé et mis à disposition par la maison d'arrêt :

- Madame A : *"des cellules plus grandes plus gaies" ; "adapter les jouer à l'âge"*

- Madame D : « *un des points que je verrais c'est l'aménagement de la cellule la décoration de la cellule qui est très sommaire* »
- Madame G : *« je pense il y a vraiment trop trop de choses à faire au niveau des locaux par exemple il faudrait un bon quartier* » ; *« l'agencement de la cellule là + on s'était posé la question si la maman n'achète pas la table à langer il n'y a pas d'autre table que celle du repas pour examiner l'enfant* »
- Madame J : « *des meilleures cellules* » ; « *c'est hyper humide vraiment la prison est hyper vieille je suis pas sûre qu'il est des trucs très sains dans les murs […] les bébés ici ils sont tout le temps malades* » ; *« revoir la déco avoir plus de matériels ces choses là* »

L'organisation des grandes structures de détention est jalousée. Cependant Madame G reste lucide sur ces propositions. La maison d'arrêt est dotée d'un quartier nurserie plus petit que celui des autres prisions : « *on peut pas comparer avec un gros centre c'est ça où c'est difficile aller rechercher des idées ailleurs effectivement poser des bonnes questions ailleurs* » Il semblerait néanmoins que l'augmentation de cette taille soit un bon commencement.

L'amélioration de la convention est apparue comme inévitable afin de permettre une meilleure communication, une meilleure répartition des tâches entre les différents intervenants mais surtout une meilleure connaissance des droits qui s'ouvrent aux femmes incarcérées.

- Madame A *: « en terme de convention il y a sûrement des choses à améliorer »*
- Madame D *: « il y a toujours des choses à améliorer car dans la pratique il y a des choses qui ne sont pas claires pour tout le monde » ; « après les mamans peuvent nous joindre par téléphone à la maison d'arrêt alors là c'est un truc pareil un point que l'on a soulevé cela n'a pas l'air d'être clair pour tout le monde + que il y a un point-téléphone dans la maison d'arrêt pour femmes où les mamans peuvent peuvent téléphoner […] et donc on a redit à la gardienne de la maison d'arrêt que les mamans si elles veulent nous appeler pour avoir ne serait-ce qu'un conseil par téléphone ce que l'on dit aussi aux mamans d'ici* »
- Madame E *: « les points à améliorer + bah oui vous parliez de convention on*

aimerait que ce soit bien bien bien clair pour tout le monde » ; « *je parlais de réunion de synthèse tout à l'heure quand on est à la maison d'arrêt et qu'on est tous autour de la table euh il y a beaucoup de choses qui sont évoquées tout y passe et on se dit que tout le monde ne devrait pas y être nous on est soumis au secret professionnel et tout y passe c'est compliqué en fait nous les éléments médicaux on les tait mais ça on voudrait bien travailler dessus ça nous convient pas la confidentialité tout ça* »

- Madame F *: « ici on peut être inquiet si la maman ne va pas bien si elle demande de l'aide les surveillantes ne le voient pas elles n'ont pas l'habitude de par leur profession d'observer une maman un bébé elles se sentent pas bien si elles sont en capacité ou pas de s'occuper de leur nouveau-né c'est compliqué si on a des inquiétudes avec qui on pourra passer le relais on peut pas passer tous les jours* »
- *M*adame G *« il y a tellement de gens qui gravitent autour de la maman et de son bébé en même temps les places sont à peu près repérées de chacun mais les articulations ne sont pas + pas vraiment idéalement réalisées là voilà moi je trouve tout le monde a une bonne volonté de faire mais les petits liens entre + voilà il faudrait rester professionnel chacun dans son domaine mais que le lien puisse être bien créé et que la maman sache aussi s'y retrouver on a mis à disposition nos numéros de téléphone aussi* » ; « *avoir aussi des équipes sur place aussi plus facilement que ça soit pas éloigné comme on est là on ne fait pas un vrai suivi PMI en fait »*
- Madame I *: « non le seul truc c'est vraiment quand il y a des urgences quoi quand il faut sortir bébé là on fait au mieux mais je crois que quand on est face au problème c'est pas facile c'est pas facile d'avoir une conduite à tenir claire d'avoir une prise de décision rapide* »

Des choses sont mises en place et relevées par les équipes :

- Une volonté de promouvoir et de continuer les projets d'accès à une crèche afin de permettre à l'enfant de mère incarcérée d'avoir accès à la socialisation et ainsi que la maman prenne son indépendance :
- Madame A *"il y a une convention qui se met en place pour permettre à l'enfant d'aller en crèche" ; "permettre aux femmes de s'investir en détention et à l'enfant de sortir de la détention"*

- Madame F *« moi je pense qu'il y a des choses à améliorer c'est sûr surtout sur ces maisons d'arrêt même si chacun fait ce qu'il peut il y a pas assez de temps proposé à cette maman à cet enfant pour limiter ce côté carcéral donc elle peut pas sortir avec son enfant elle a pas il y a pas euh à ma connaissance d'activités proposées à la prison avec l'enfant parce que l'enfant sort pas de la cellule* »
- Madame G « *ce pourrait être bien d'avoir un enfant qui est accueilli dans une crèche extérieure en fait ce serait plutôt cela qui serait bien et puis qu'il ait un contact avec d'autres enfants on dira qu'ils ne vivent pas l'incarcération* »

- Promouvoir enfin la place des sages-femmes au sein du paysage carcéral. Cela passerait par la proposition de faire des séances de préparation à la naissance individualisées. Les sages-femmes interrogées défendent leurs idées :

- Madame B : « *on prive ces mamans de tout ce travail justement que l'on propose pour la femme lambda tout cet intérêt cette fragilité psycho-sociale à laquelle on attache par le biais de ce que l'on a cité + on propose à la femme lambda mais cette femme fragile elle on la prive de ça parce que le système n'a pas permis qu'on intervienne en milieu carcéral c'est une aberration monstre* » ; « *la maternité s'inscrit dans un parcours chaotique comme ça donc si il y a matière à s'en occuper avant la naissance il semble que c'est particulièrement là*» ; « *je pense qu'avant de dire ce serait bien de faire de la préparation il faudrait sensibiliser les professionnels autour de ces femmes comme quoi non il y a un + un processus d'évolution pendant la grossesse tous ces changements psychologiques dans un cadre déjà fragilisé il y aurait besoin d'être accompagné le devenir maman se fabrique tout doucement et pas que pendant l'accouchement* » « *j'ai toujours été convaincue de l'intérêt de cet accompagnement pour arriver à la naissance et que la maman soit plus disponible pour accueillir cet enfant et que cet enfant ne soit pas la source de toutes ces malédictions et dans la misère qui lui arrive […] je n'ai pas grand-chose à dire à part que ce serait intéressant que ça existe enfin je dois pas être la seule à être intéressée* »
- Madame C : *"cela pourrait s'organiser mais si une dame était demandeuse à faire de la prépa en individuel mais pour la maison d'arrêt à mon avis cela ne se fait pas moi je pense qu'elles ont pas d'égalité sur la préparation » ; " je me dis que ce serait genre au CHU et à la maison d'arrêt du coup je pense pas qu'il n'y aurait*

cinquante patientes en même temps + et du coup je me dis que ça pourrait être intéressant justement de faire euh de se déplacer pour faire des cours de prépa ou des consult » ; « s'ils recherchent une sage-femme pour faire des consultations en maison d'arrêt je veux bien ».

- Madame H : « *il y a peut-être d'autres sages-femmes qui sont prêtes à y aller bénévolement* » ; « *voir si on ne peut pas faire la consultation en prison comme nous on va faire les VAD donc voilà la question c'est est-ce que à un moment donné les sages-femmes pourraient être rémunérées pour leur travail en prison faire de la prépa le suivi de grossesse* ».

Toutes ont des idées qui semblent se heurter à une difficulté de mise en place, tout d'abord par l'intention collective : « *est-ce qu'on considère que la préparation à la naissance est un luxe pour une femme enceinte* » (Madame H) mais aussi par le manque d'encadrement actuel : « *officiellement je ne sais pas comment ça peut se faire* » (Madame H) « *mais alors comment faire ça j'en ai aucune idée » (*Madame C*).*

Partie IV : Discussion

En quoi le milieu carcéral ne respecte-il pas la spécificité de ce couple mère/enfant ? telle est notre problématique, fil conducteur de ce travail. Pour y répondre, il nous a fallu analyser nos données afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses initiales. Notre discussion se construira selon ces hypothèses.

1. Hypothèse 1

Le manque de connaissances du statut de la femme enceinte de la part des professionnels encadrant le couple mère/enfant, engendre une prise en charge non optimale

La maison d'arrêt de Rouen fut créée en 1860. Lors de son dernier rapport, en janvier 2016,(41) le contrôleur général des lieux de privation de liberté décrit les conditions matérielles de vie comme très difficiles, certains aspects étant même perçus comme étant « *attentatoires à la dignité et à l'intimité* ». Néanmoins les locaux du quartier nurserie, formant un total de 35m² sont décrits comme étant en parfait état et disposant du matériel de puériculture nécessaire. Cet état des lieux s'oppose aux propos rapportés lors de nos entretiens. Même si les intervenants soulignaient le fait que les cellules du quartier nurserie étaient plus accueillantes que celles de leurs voisines, elles n'en restent pas moins peu chaleureuses, avec des accessoires sommaires, ne participant pas au plein développement du nouveau-né. Selon les textes, les établissements concernés doivent fournir le matériel indispensable à l'accueil du nouveau-né, à savoir « *lit, baignoire, chauffe-biberon, etc* »(16) Ce strict minimum est effectivement présent au sein de la maison d'arrêt.

A la maison d'arrêt les femmes sont hébergées dans les cellules du quartier nurserie à partir de leur 7ème mois de grossesse, plus tôt si la place le permet. Si elles le souhaitent elles peuvent être accompagnées d'une codétenue bénéficiant du même statut de peine qu'elles afin d'éviter l'isolement. Elles disposent également de créneaux spécifiques pour les promenades : de 11h20 à 12h20 et de 16h15 à 17h15. En cela, la spécificité du statut de la femme enceinte est respectée.

La prise en charge de la grossesse se fait conjointement avec la maternité du CHU.

Les consultations prénatales se font au CHU et sont gérées par l'administration pénitentiaire. Elles y font également leurs échographies obstétricales. Les bilans sanguins sont quant à eux réalisés au sein de l'USS par les infirmières présentes. Au sein de l'USS intervient de façon mensuel un gynécologue. Il semblerait que les femmes enceintes puissent donc bénéficier d'un suivi obstétrical directement entre les murs de la maison d'arrêt.
Tous les examens obligatoires semblent donc être réalisés selon les recommandations pour ces femmes enceintes.

D'après les recommandations de l'HAS,(42) « *le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés* […] *La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice*». La femme enceinte incarcérée répond à l'ensemble de ces critères et devrait faire l'objet d'un suivi personnalisé du fait de son incarcération. Toutefois, à l'heure actuelle, seules les puéricultrices interviennent, sur demande de la mère, afin de préparer l'arrivée de l'enfant en abordant notamment les effets de son arrivée, le matériel nécessaire ou encore de l'allaitement. Il serait intéressant de consacrer à ces femmes une part plus importante et ainsi avoir un rôle préventif mieux adapté à la situation. Nous développerons cette proposition d'action dans la partie 3.

En pernatal, la prise en charge des femmes se fait au sein de la maternité du CHU. La surveillance pénitentiaire ne s'exerce pas à l'intérieur de la salle d'accouchement. Dans cette continuité, il est interdit que la patiente soit menottée à la table d'accouchement, aussi bien pendant le travail ou encore pendant l'accouchement en lui même.(43) Pourtant, dans son rapport, le CGLPL explique qu'à Bonne-Nouvelle, les agents pénitentiaires semblent être présents de façon systématique en salle d'examen et qualifie ainsi cela « d'atteinte intolérable au respect du secret médical et de la vie privée ». D'après l'entretien mené auprès d'une sage-femme du CHU il apparaît

clairement que les libertés individuelles ne sont en aucun cas respectées lors de la prise en charge des patientes. Cela traduit, non pas un manque de connaissance du statut des femmes enceintes par les professionnels de l'administration pénitentiaire mais plutôt un manque de connaissances relatives à la prise en charge des détenues en milieu hospitalier.

En postnatal, les puéricultrices, les médecins « petite-enfance » ainsi que les bénévoles du Relais enfants-parents sont présents, si la mère le souhaite afin de permettre une prise en charge optimale du couple mère/enfant. Le nouveau partenariat avec la crèche des « cigognes » favorise la socialisation de l'enfant afin que les effets néfastes de l'incarcération soient minimisés.

Les femmes restent néanmoins très isolées. Provenant pour beaucoup d'autres régions de France ayant été transférées faute de place, les séparations familiales sont très souvent présentes. La création d'Unité de Vie Familiale a vu le jour à la suite de la loi pénitentiaire de 24 novembre 2009 dans certains départements. Ces unités consistent en des appartements meublés, séparés de la détention générale, appartements où les détenues peuvent recevoir les membres de leur famille dans l'intimité. Ces visites en UVF sont d'une durée de 6 à 72h. Depuis le 1er janvier 2017, 120 UVF sont en fonctionnement, réparties sur 37 départements.(36)[Annexe IV]

En conclusion, nous pouvons dire que notre **hypothèse est infirmée** : en effet, même si la prise en charge n'est pas optimale, que des axes améliorations sont nécessaires, les professionnels actuellement en place, prennent en charge le couple mère/enfant en fonction de leur champ de compétence.

2. Hypothèse 2

Le manque de travail en réseau entre les structures internes et externes aux établissements pénitentiaires entraîne plusieurs freins quant à la prise en charge optimale de ce couple.

Les établissements pénitentiaires sont des lieux difficilement pénétrables. Leur organisation stricte, engendre une difficulté d'accès importante pour toutes personnes

extérieures. Certains partenaires évoluent à l'intérieur de ces murs.

Au terme de notre étude, nous avons pu dresser le tableau des intervenants gravitant autour du couple mère/enfant. Ainsi ces structures se révèlent être l'Unité de Soins Sanitaire, l'Unité Médicale Psychologique avec tous les professionnels médicaux et paramédicaux qu'elles renferment, les surveillantes pénitentiaires sous le contrôle de la surveillante générale le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation avec plus précisément dans notre situation, les deux professionnels responsables du champ transversal de la nurserie.

A ces professionnels s'ajoutent ceux des structures extérieures à la maison d'arrêt : le service départemental de PMI avec les deux médecins petite enfance et les deux puéricultrices, et l'Association Relais Enfants-Parents, intervenant par le biais de ces bénévoles.

Ce travail a permis de distinguer différents freins quant à cette prise en charge.

2.1 Frein réglementaire

Bien qu'une convention soit mise en place entre le directeur du CHU, le directeur de la prison, et le service département de nombreuses zones d'ombres restent présentes.

En premier lieu, les professionnels de la maternité, pôle faisant partie intégrante du CHU et terrain clé lors de la prise en charge des femmes incarcérées, n'ont pas connaissance de ce cadre conventionnel dans lequel évoluent les femmes incarcérées. Ils sont amenés à prendre en charge des femmes enceintes en consultation, en unité de grossesses pathologiques, en salle de naissance ou encore en suites de couches. Ainsi, nous avons pu appréhender que lorsque cet événement survient le personnel est dérouté.

Lors de nos recherches approfondies nous avons découvert l'existence d'un protocole établi entre le CHU de Rouen et les Autorités (police, gendarmerie, justice). Un volet est consacré à la prise en charges sanitaires spécifiques et plus particulièrement aux soins délivrés aux personnes détenues.[Annexe IV] Force est de constater que la spécificité de la prise en charge de la femme enceinte n'apparaît nulle part. Envisager la création d'un formulaire, de ce type pourrait être intéressant afin de faciliter la prise en charge de la

triade femme enceinte/mère/nouveau-né. En effet, détailler la prise en charge médical des femmes

Les professionnels que nous avons interrogés connaissent la convention, s'y réfèrent dès que le doute survient. Cependant, certains sont amenés à prendre en charge ces mères une fois l'enfant né, et pourtant, ils ne font pas partie de la convention. Nous pensons bien évidemment au Relais Enfants-Parents, dont le rôle a été loué tout au long des entretiens. Les membres de leurs équipes étant parfois des professionnels actifs, peuvent proposer des accompagnements spécifiques à leur profession. Toutefois, cela n'est pas reconnu du fait de leur statut de bénévole.

Lors des réunions mensuelles par exemple, il a été souvent relaté que le secret médical était mis à mal lors du partage collégial d'informations entre partenaires.

Sans pour autant connaitre le motif d'incarcération, les structures extérieures sont demandeuses de connaitre la durée d'incarcération. En effet, cette information semble être primordiale afin de pouvoir organiser et planifier au mieux les différentes visites de ces couples. Cela éviterait d'arriver « au mauvais moment » (connaissance des heures de promenades pourrait être un plus) ou que la patiente soit libérée sans que les membres de l'équipe aient été mis au courant. D'après la réglementation en vigueur,(16) l'un des rôles des structures sanitaires durant l'incarcération est d'assurer la préparation de relais sanitaires au terme de la période d'incarcération. Créer un lien en anténatal permettrait donc aux équipes de PMI de pouvoir suivre ce couple une fois la libération effective.

Tous connaissent les intervenants internes et externes pouvant être amenés à prendre en charge les couples mères/enfants. Cependant il est apparu des brèches lors des situations relatées, des rouages mal huilés qui, le moment venu, engendraient des défauts de prise en charge comme ce fut le cas de l'enfant nécessitant une prise en charge médicale non urgente.

Reprenons les textes de loi. D'après le bulletin officiel n°76 du ministère de la justice paru en 1999 relatif à la condition de prise en charge des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée(16), il appartient au détenteur de l'autorité parentale de désigner le

professionnel médical de son choix pour le suivi de son enfant. Dans notre cas, il s'agit donc d'un médecin extérieur. Cela nécessite alors la participation d'un relais familial ou amical pour amener l'enfant lors des consultations. Le cas échant, il est possible pour la mère d'obtenir une autorisation de l'autorité judiciaire compétente afin de pouvoir accompagner elle-même son enfant. Les modalités de sorties sont alors décidées par le magistrat compétent. Si cette solution n'est pas possible, « *le médecin doit bénéficier d'une autorisation d'accès à l'établissement* ». Deuxième hypothèse, qui semble être appliquée à la maison d'arrêt de Rouen, l'USS prévoit l'intervention régulière de plusieurs médecins généralistes dont les prestations sont proposées à la mère. Or, comme nous le rappelle, le décret, « *ces prestations ne peuvent s'inscrire dans le cadre du protocole-santé signé avec l'établissement hospitalier, ce dernier n'intervenant qu'auprès des personnes détenues* ». Par conséquent, l'enfant n'étant pas considéré comme détenu, il ne devrait pas pouvoir être soigné par le personnel médical de l'Unité de Soins. Exception faite, précise le décret, « *en cas d'urgence et dans l'attente de l'intervention des services ou praticiens »* cités auparavant.

Si l'enfant est hospitalisé, son retour à l'établissement doit être assuré par un membre de la famille ou un proche entourage de la mère.(16) Or, il nous est apparu clairement que ces femmes étaient majoritairement isolées, en rupture familiale. Cela devient alors le rôle du Relais enfants-parents d'assurer ce trajet après avoir obtenu une autorisation de la mère.

Néanmoins, il est agréable de constater que les situations évoluent rapidement et favorablement. En effet, au commencement de cette étude, l'USS ne disposait d'aucun médicament à visée pédiatrique, pouvant être utilisé en cas d'urgence pour les nouveau-nés et nourrissons présents. A la fin de notre étude, nous avons pu constater au travers des entretiens qu'une trousse d'urgence composée de ces médicaments avait été mise en place, à partir de la pharmacie du CHU et mise à disposition au sein de l'USS. Cela permet de pallier les situations d'urgence et les imprévus rencontrés auparavant.

La fragilité psychologique dans laquelle se trouvent ces femmes est relevée par les professionnels. A cela s'ajoute leur isolement brutal. Ces différents éléments deviennent des facteurs de risques nécessitant une prévention et une surveillance du

développement de l'enfant. Le principe initial est de solliciter au maximum les intervenants extérieurs et de responsabiliser les mères dans les prises en charge quotidiennes de leur enfant. Cependant, la loi stipule que les surveillantes « *sont à l'évidence amenées à intervenir auprès des enfants et ont un rôle d'observation renforcée des détenues, en plus de leur mission de sécurité* ». Ceci ne corrobore pas les informations retranscrites au travers des entretiens. En effet, comme nous avons pu le constater à la lecture de l'ensemble des interviews, cela semblait clair qu'il n'appartenait pas aux surveillantes de la MAF de juger la qualité du lien mère/enfant. C'est donc un point paradoxal qu'il faut souligner : il apparaît que la loi confie aux surveillantes une responsabilité qu'elles ne sont pas en mesure de supporter. Ce regard préventif, seuls les professionnels de la PMI l'exerce au cours de leurs visites à la nurserie. Ces courts temps de visites sont essentiels mais sont déplorés par les différents intervenants car ils ne permettent pas de garantir suffisamment la sécurité de l'enfant mais aussi de la mère.

2.2 Frein géographique/spatial

Pour pouvoir rentrer dans la maison d'arrêt, comme dans tous centres pénitenciers, il faut montrer patte blanche. Après avoir reçu les autorisations, un badge est délivré en fonction de l'endroit où l'on veut se rendre. A chaque endroit, il faut une nouvelle autorisation. La MAF et l'USS se trouvent diamétralement opposées au sein de la maison d'arrêt. Cette limite géographique avait été dénoncée à plusieurs reprises lors de nos entretiens. En effet, pour les intervenants extérieurs, cela nécessite des démarches supplémentaires, une mise à disposition de temps plus importante, l'organisation des visites se faisant déjà sur une demi-journée.

Lors de la visite des intervenants de PMI il est parfois possible aussi que la personne en charge de la femme incarcérée ne soit pas présente au sein de l'USS, limitant ainsi les échanges.

2.3 Axes d'amélioration

Dans cette idée d'amélioration des pratiques, un nouveau partenaire est intervenu durant notre étude : la crèche sociale. Cette nouvelle convention a déjà permis à quelques nouveau-nés de franchir les portes de ce nouveau lieu de socialisation. Les effets bénéfiques de la mise en relation avec d'autres enfants de leur âge ont été constatés par l'ensemble des professionnels, il s'agirait donc de poursuivre dans cette idée afin de minimiser au maximum les effets de l'incarcération.

Au vu de tous ces éléments, nous pouvons conclure que notre deuxième hypothèse est **partiellement validée** : en effet, ce n'est pas un manque de travail en réseau qui engendre une mauvaise prise en charge du couple mère/enfant mais plutôt un manque de communication. Un manque aussi de réactualisation de la convention. Il est primordial qu'une nouvelle version voit le jour, afin d'y inclure tous les professionnels qui sont amenés à prendre en charge les femmes et leur nouveau-né. De la même manière cette nouvelle version devrait améliorer les liens entre les différents intervenants.

3. Place de la sage-femme dans le milieu carcéral

Les sages-femmes, intervenantes privilégiées lors de la prise en charge d'une femme enceinte, se retrouvent complètement effacées du paysage lorsque cette dernière se retrouve incarcérée.

Nous les retrouvons uniquement, comme explicité précédemment, lors de la venue des femmes à la maternité.

Les sages-femmes que nous avons eu la chance de rencontrer, nous ont montré un vif intérêt pour une participation active à ce réseau.

Tout d'abord il pourrait s'agir d'effectuer dans un premier temps l'Entretien Prénatal Précoce. Généralement réalisé au 4ème mois de grossesse, cet entretien à plusieurs objectifs. Dans un premier, il permet de présenter le suivi de la grossesse qui sera mis en place. Son but est ainsi d'introduire les différents professionnels qui seront à même d'intervenir durant cette période périnatale. Enfin, il permet de mettre en évidence les

difficultés somatiques, psychologiques ou encore sociale qui pourraient apparaitre. Dans notre situation, les sages-femmes hospitalières, libérales ou territoriales, pourraient, par ce biais, informer la patiente des facteurs de risque que présente l'incarcération. De même, elles pourraient évoquer les comportements à risque et donner des conseils d'hygiène de vie afin de permettre le bon déroulement de la grossesse.(42)

Dans ce même ordre d'idées, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité individuelle en anténatal pourraient être réalisées. Au-delà d'une préparation à la naissance dite « classique », de nombreuses sages-femmes sont amenées à proposer d'autres alternatives :

- la sophrologie, qui met l'accent sur la relaxation et la respiration permettant ainsi d'acquérir une meilleure connaissance de soi et une meilleure capacité à gérer le stress

- l'haptonomie qui permet une prise de contact par le toucher

- le yoga, afin de sensibiliser la femme au rapport entre la respiration et les contractions, pouvant aider lors de la gestion d'un début de travail par exemple

- ou encore, le chant prénatal, présenté comme une façon de communiquer précocement avec son bébé afin de renforcer le lien mère-enfant.(44)

A ce jour, la seule façon de réaliser ces préparations est d'agir bénévolement par le biais de l'association Relais Enfants-Parents. Il serait intéressant de pouvoir élargir la convention déjà en place avec le service départemental et la maison d'arrêt afin de convier les sages-femmes dans ce rôle. Il serait envisageable aussi que les sages-femmes libérales puissent être sollicitées par les mères afin de réaliser les consultations prénatales au sein de la maison d'arrêt, comme elles feraient une visite à domicile.

Ce lien, une fois créé en anténatal, pourrait être prolongé en postnatal avec des visites afin d'accompagner ce lien mère/enfant unique et fragile. Comme illustré précédemment, les professionnels de PMI n'ont que des courts temps de visites auprès des couples mères/enfants incarcérés. Une intervention complémentaire des sages-femmes dans ce paysage carcéral serait une façon de consolider une prise en charge qui se veut sécuritaire. La réalisation de séances postnatales (réalisées entre le 8ème jour et la visite postnatale prévue entre six et huit semaines après l'accouchement) serait en accord avec les recommandations de l'HAS concernant la Préparation à la naissance et à

la parentalité(42) Au nombre de deux, et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ces séances ont pour but de favoriser les liens d'attachement, rechercher des signes de dépression du post-partum ou encore de soutenir la parentalité et la confiance en soi. Ces notions qui semblent essentielles en règle générale le sont d'autant plus lorsqu'une mère se trouve privée de liberté.(45)

La rééducation périnéale pourrait être alors effectuée au sein même de la maison d'arrêt. Actuellement, la notion de rééducation faite pour les femmes incarcérées n'est pas connue. Cela permettrait de faire la promotion de la santé en travaillant, comme nous l'avait expliqué Madame B, sur l'estime de soi, le respect de son corps, la prévention des violences - conjugales, physiques, psychiques- mais aussi d'agir de manière préventive en assurant le suivi gynécologique, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Car ne l'oublions pas, la réinsertion des citoyens dans la société par le biais de l'enfermement ne passerait-elle pas par une prise en charge sanitaire optimale ?

Conclusion

Notre mémoire avait pour objectif de comprendre en quoi le milieu carcéral ne respecte pas la spécificité du lien mère-enfant, lien si unique et précieux pour l'ensemble des professionnels de périnatalité.

Pour ce faire nous avons effectué dix entretiens semi-directifs, auprès de professionnels participant ou voulant participer activement à la prise en charge de la triade femme enceinte/mère/nouveau-né au sein du quartier nurserie la maison d'arrêt de Rouen.

Afin de répondre à notre question initiale, nous avons émis deux hypothèses. La première était que le manque de connaissances du statut de la femme enceinte de la part des professionnels encadrant le couple mère/enfant en milieu carcéral, engendrait une prise en charge non optimale. Cette dernière fut infirmée. En effet, même si cette prise en charge nécessite des améliorations, il a été mis en évidence que les professionnels connaissaient les recommandations quant à la prise en charge d'une femme enceinte incarcérée. Cependant il y a une méconnaissance de leur part des conditions optimales pour que se développe un attachement associé à des racines familiales positives.

La deuxième était que le manque de travail en réseau entre les structures internes et externes aux établissements pénitentiaires entraîne plusieurs freins quant à la prise en charge optimale de ce couple. Cette dernière ne fut que partiellement validée. Il nous est apparu que les intervenants travaillaient dans un réseau multidisciplinaire complexe dont la communication était le point névralgique pour parfaire cette prise en charge.
Le but ultime de ce travail était également de savoir, si en tant que sages-femmes, nous pourrions jouer un rôle dans ce paysage carcéral. Force est de constater que c'est le cas. Il nous est apparu évident qu'une force professionnelle comme la nôtre aurait une place précieuse auprès de ces femmes. L'adaptabilité et l'humanité sont l'essence même de notre profession. Cependant, notre action est conditionnée à une volonté des organes décisionnels et réseau de soins déjà en place. Reconnaître nos compétences et le bénéfice que pourrait représenter une intervention telle que la nôtre auprès de ces couples leur appartient. L'objectif est de pouvoir proposer aux femmes enceintes incarcérées une prise en charge identique si ce n'est plus attentionnée encore que ce qui peut se faire en extérieur. Une revalorisation de ces femmes est nécessaire pour que, de femmes en détresse, elles deviennent mères épanouies et ainsi qu'elles puissent se réinsérer correctement dans la société.

Bibliographie

1. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenue-et-ecrouee-31234.html

2. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté. [Internet]. Paris: Dalloz; 2011 [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/05/RAPPORT-2010_Vwebfinal_dalloz.pdf

3. JUSD1422849C.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1422849C.pdf

4. joe_20160218_0041_0089.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/02/joe_20160218_0041_0089.pdf

5. Histoire des prisons. https://criminocorpus.org [Internet]. 8 juill 2016 [cité 7 mai 2018]; Disponible sur: https://criminocorpus.org/fr/visites/en-prison/histoire-des-prisons/##filter=.chronologies

6. Histoire de l'administration pénitentiaire [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/le-ministere-dans-lhistoire-10289/histoire-de-ladministration-penitentiaire-16945.html

7. Collet V. Grossesse et maternité en milieu carcéral [Thèse : Médecine]. Boulogne Billancourt: Université de Versailles – Saint Quentin en Yvelines; 2007.

8. France, Ministère de la justice, France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012- ...). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice: guide méthologique. Paris: Ministère de la justice : Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.

9. Surpopulation carcérale, peines aménagées... Ce qu'il faut retenir des annonces d'Emmanuel Macron sur les prisons [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/prisons/fin-de-l-amenagement-des-peines-superieures-a-un-an-creation-de-postes-ce-qu-il-faut-retenir-des-annonces-d-emmanuel-macron-sur-les-prisons_2643598.html

10. Justice / Annuaires et contacts / Annuaire des établissements pénitentiaires [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-etablissements-penitentiaires-22648.html

11. Existe-t-il différents types de prisons ? - Le fonctionnement de l'administration pénitentiaire Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2014 [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/administration-penitentiaire/existe-t-il-differents-types-prisons.html

12. la Nouvelle-Calédonie, colonie de peuplement - Histoire coloniale et postcoloniale [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://histoirecoloniale.net/la-Nouvelle-Caledonie-colonie-de.html

13. Homri L. De détenue à mère. A propos de la grossesse lors d'une incarcération. Etude des structures, du suivis médical et obstétrical et de l'aspect psychologique [Mémoire : Sage-femme]. Besançon: Centre Hospitalier Universitaire; 2000.

14. Les femmes détenues [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenues-10023.html

15. Dormoy O. L'enfant et la prison. Enfance. 1992;45(3):251 63.

16. Bulletin Officiel du ministère de la Justice [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap76a.htm#II4

17. La santé des femmes en milieu carcéral [Internet]. 2011 [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2011/10/womens-health-in-prison

18. Bulletin officiel du ministère de la justice [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm

19. Code de procédure pénale - Article D401-1. Code de procédure pénale.

20. Etude sur les droits de l'homme dans la prison. :66.

21. Dindo S, Bérard J, France, éditeurs. Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. Paris: Documentation française; 2007. 2 p. (Les études de la CNCDH).

22. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html

23. . : Relais Enfants-Parents asbl :. [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.relaisenfantsparents.be/missions.php

24. Code de la santé publique - Article L149. Code de la santé publique.

25. Les compétences des Sages-Femmes et le Code de Déontologie- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes - Edition novembre 2012.

26. Darchis E. Clinique familiale de la périnatalité,. Dunod. 2016.

27. Ruffiot A. Le groupe famille en analyse. L'appareil psychique familial », in la thérapie familiale psychanalytique. Dunod. Paris; 1981. (Ruffiot et al).

28. Darchis E. les premières relations: un grand travail d'ajustement réciproque les inactions précoces, Journal des psychologues numéro 98. 1992;40-3.

29. Racamier PC. A propos des psychoses de la maternité. ESF. Paris; 1978.

30. Tisseron S. L'échographie au salon familier- La petite mythologie d'aujourd'hui. Aubier. Paris; 2000.

31. Bernard M-R, Eymard C. Réaménagements identitaires des mères en devenir. Le paradigme de la complexité revisité. Sciences-Croisées. 2008 Juin;2-3 :11-12.

32. Lehmann J-P. Donald W. Winnicott : un créateur indépendant. 2e édition. Paris : Armand Colin; 2013.

33. Kostrzewa L. Grosses et incarcération spécificités du lien mère-enfant [Mémoire : Psychiatrie]. Nancy: Université de Lorraine; 2013.

34. Guédeney A. La théorie de l'attachement. In: L'attachement : approche théorique [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 7 mai 2018]. p. 3-8. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294094330000014

35. Pinta Da Rocha A. Naître et vivre auprès de sa mère incarcérée : situation paradoxale entre prison et hôpital. Spirale; 2010.

36. Le maintien des liens familiaux [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/le-maintien-des-liens-familiaux-12006.html

37. Guedeney A. Psychopathologie périnatale. Masson. Paris; 1990.

38. Imbert G (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et del'anthropologie. Recherche en soins Infirmiers, 3(102) : 23-34.

39. Blanchet A, Gotman. L'entretien. 2ème édition. Paris: Armand Colin;2007.

40. Guittet A. L'entretien: techniques et pratiques. Paris: Armand Colin;2013.

41. Rapport-de-la-deuxième-visite-de-la-maison-darrêt-de-Rouen-Seine-Maritime.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/01/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-de-la-maison-darr%C3%AAt-de-Rouen-Seine-Maritime.pdf

42. preparation_naissance_recos.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

43. cir_36019.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

44. Delcroix M, Gomez C. Guide de la sage-femme: suivi pré- & post-natal. Paris, France: Maloine; 2014. 558 p.

45. 1310-3l.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Périnatalité en milieu carcéral : quelle place pour la sage-femme ?

SAUSSAY, CORALINE

RESUME : A l'heure actuelle, les femmes représentent 3,8% de la population écrouée. Parmi elles, une soixantaine donnera naissance à un enfant. Cet événement marginal, nécessite toute l'attention des professionnels afin que les effets négatifs de la détention soient compensés par le bénéfice de ne pas séparer l'enfant de sa mère alors privée de liberté.

Notre étude s'intéresse donc à la prise en charge de cette dyade mère-enfant à travers la maison d'arrêt de Rouen. Nous nous sommes alors demandé : en quoi le milieu carcéral ne respecte pas la spécificité du lien mère-enfant ?

Pour ce faire, nous avons mené une étude prospective multicentrique et descriptive au moyen de dix entretiens semi-directifs auprès de professionnels gravitant autour de cette dyade.

Il nous est apparu que le réseau multidisciplinaire qui se met en place lors de l'arrivée d'un enfant est complexe, du fait du lieu dans lequel il évolue mais aussi par le fait de problèmes de communication. Il apparaît également que, même si les professionnels ont conscience de la fragilité de cette situation, la prise en charge psycho-somatique de la femme se révèle très souvent mise au second plan. Notre axe principal d'amélioration réside donc dans l'instauration de la sage-femme dans ce milieu carcéral qui lui est jusqu'alors fermé.

MOTS CLES : Milieu carcéral – Femmes enceintes – Lien mère-enfant – Sage-femme