HAL
open science

La maternité sous écrou : accompagnement du lien mère-enfant chez les femmes qui accouchent pendant leur incarcération. Étude descriptive et interprétative basée sur des entretiens de professionnels entourant les femmes détenues dans la région Auvergne-Rhône-Alpes

Amy Hecquet

To cite this version:

Amy Hecquet. La maternité sous écrou : accompagnement du lien mère-enfant chez les femmes qui accouchent pendant leur incarcération. Étude descriptive et interprétative basée sur des entretiens de professionnels entourant les femmes détenues dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02880922

HAL Id: dumas-02880922

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02880922

Submitted on 25 Jun 2020

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.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE

CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

LA MATERNITÉ SOUS ÉCROU : ACCOMPAGNEMENT DE LA CRÉATION DU LIEN MÈRE-ENFANT CHEZ LES FEMMES QUI ACCOUCHENT PENDANT LEUR INCARCÉRATION

Étude descriptive et interprétative basée sur des entretiens de professionnels entourant les femmes détenues dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

HECQUET Amy

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2019

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE

CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

LA MATERNITÉ SOUS ÉCROU : ACCOMPAGNEMENT DE LA CRÉATION DU LIEN MÈRE-ENFANT CHEZ LES FEMMES QUI ACCOUCHENT PENDANT LEUR INCARCÉRATION

Étude descriptive et interprétative basée sur des entretiens de professionnels entourant les femmes détenues dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

HECQUET Amy

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements :

À Catherine Foulhy, sage-femme, pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire, merci pour votre engagement auprès des femmes vulnérables et de partager vos connaissances sans faille du milieu carcéral.

À Michèle Balsan, sage-femme enseignante et co-directrice de ce mémoire. Merci pour vos conseils avisés et vos apports précieux.

Au GENEPI, avec qui j'ai franchi les portes de la prison pour la première fois, et qui m'a ouvert les yeux sur la réalité du monde carcéral.

À Jade, merci infiniment pour toutes tes relectures, et d'avoir toujours été là, quelques soit la distance.

À Alice, merci de tout cœur pour ta bonne humeur, ta générosité, et ton soutien au quotidien, ta motivation et ton déterminisme m'ont été exemplaires.

À mes copines de Mayotte, merci profondément pour vos bons conseils à distance, votre aide précieuse de méthodologie, et pour l'énergie folle et l'inspiration que vous m'avez toujours procurées.

Aux Boudignons et aux Gomes, pour leurs petits soins pendant la réalisation de mon mémoire. Merci de m'avoir accueillie comme telle, si chaleureusement, et d'avoir tant fait pour m'aider.

À JP pour ses doux regards, apaisants et tellement encourageants.

À Martin qui m'a poussé à finir ce travail à temps.

ABRÉVIATIONS

AP : Administration Pénitentiaire

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMSP : Centre d'Action Médico Social Précoce

CD : Centre de détention

CP : Centre pénitentiaire = établissement pénitentiaire comprenant au moins deux quartiers de régime diffèrent (MA, CD ou MC)

CPIP : Conseiller·e Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

JAF : Juge des Affaires Familiales

MA : Maison d'arrêt

OIP : Observatoire International des Prisons

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QD : Quartier Disciplinaire

SA : Semaine d'aménorrhée

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

USN1 : Unité Sanitaire de niveau 1

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UVF : Unité de Vie Familiale

SOMMAIRE

SOMMAIRE **1**

INTRODUCTION **2**

REVUE DE LA LITTERATURE .....

I- LE MONDE CARCÉRAL AU FÉMININ 4

II- CONSÉQUENCES DE L'INCARCÉRATION SUR LA GROSSESSE ET L'ÉTABLISSEMENT DU LIEN MÈRE-ENFANT 13

POPULATION ET MÉTHODE .....

I- SCHEMA DE L'ETUDE 21

II- ÉCHANTILLON 21

III- MODE DE RECUEIL DES DONNÉES 22

IV- MODE D'ANALYSE DES DONNÉES 23

RÉSULTATS ET DISCUSSION 21

THÈME I : LE CONTEXTE DE CES FUTURES MÈRES 26

THÈME II : LA REALITÉ DE LA NURSERIE 36

THÈME III : LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LE·S 44

THÈME IV : LIMITES DES PROFESSIONNEL·LE·S : 53

PROJET D'ACTIONS : **64**

CONCLUSION **67**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....

GLOSSAIRE .....

ANNEXES .....

INTRODUCTION

Surpopulation, suicides, mutineries, agressions de surveillant·e·s, on ne s'intéresse à la prison que lorsqu'une nouvelle tragique arrive à s'en échapper. Les personnes détenues sont écartées de notre champ de vision, éloignant ainsi les problèmes sociétaux qui dérangent. Les fantasmes de la prison sont aussi nombreux que les avis divergent à ce sujet, car derrière ces hauts murs hermétiques, un quotidien méconnu continue.

En 2016 s'élevait un nouvel établissement pénitentiaire à Riom, remplaçant les trois prisons présentes sur le territoire du Puy de Dôme. Derrière ces murs, 545 personnes détenues en février 2019, parmi elles 26 femmes (pour 28 places), mais aussi potentiellement deux enfants qui pourraient accompagner leurs mères incarcérées (1). Dans la région depuis 2009, la maison d'arrêt de Lyon peut également accueillir trois enfants, et au centre pénitentiaire de Roanne, là où 89 places sont destinées aux femmes condamnées, quatre places leurs sont réservées. En effet, il est maintenant reconnu que garder un enfant auprès de sa mère est bénéfique pour le développement futur de celui-ci. Alors qu'une femme détenue est privée de toute liberté, peut-elle encore bénéficier d'un accompagnement attentionné pour mettre au monde son enfant dont elle pourrait vivre tôt ou tard la séparation ?

L'objectif principal de ce travail était d'étudier la prise en charge des femmes enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la mise en place de la création du lien mère-enfant, par les professionnel·le·s intervenants en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les objectifs secondaires étaient focalisés, quant à eux, dans un premier temps sur le déclaré des professionnel·le·s à propos du retentissement de l'incarcération sur la mise en place de la maternité, et celui de la maternité sur l'incarcération, sur les plans médicaux, législatifs et psychologiques ; dans un deuxième temps, il s'est agi de décrire l'accompagnement par ces mêmes professionnel·le·s mis en place pour l'arrivée et la séparation de l'enfant auprès des femmes détenues.

Après avoir apporté un éclairage sur le monde carcéral et les problématiques auxquelles les femmes enceintes peuvent être confrontées, nous étudierons dans les données de la littérature, les conséquences de l'incarcération sur la grossesse et l'établissement du lien mère-enfant. La méthodologie utilisée pour réaliser l'étude sera

ensuite présentée, et dans une troisième partie, les résultats des entretiens semi-dirigés seront exposés et discutés afin de répondre au mieux à nos questions de recherche. Avant de conclure ce mémoire, un projet d'actions en vue de l'amélioration des pratiques concernant la prise en charge particulière de ces femmes sera proposé.

REVUE DE LA LITTERATURE

I- LE MONDE CARCÉRAL AU FÉMININ

a. Une population particulière

1. Une population féminine

La variable la plus discriminante en matière de sociologie de la prison est assurément le sexe. En février 2019, alors que les prisons françaises comptent 82 206 personnes écrouées, les femmes représente 3,9 % de cette population, soit 3 169 femmes (2). Cette proportion était en 1852 proche de 20 %, mais la dépénalisation de l'avortement ou de l'établissement de chèque sans provision a réduit le taux de condamnées(3). Aujourd'hui, l'effectif de femmes incarcérées aurait cependant presque doublé depuis 1980 (4) ; on constate une hausse constante de la population carcérale féminine (+ 14 % entre février 2016 et février 2019) (2). Mais la constatation de ce faible pourcentage supposerait-elle qu'il y ait une différence entre les délits selon le genre ? La surreprésentation des hommes pourrait s'expliquer par un tri à tous les niveaux de la chaîne pénale. En effet, Otto Pollak évoque le caractère protecteur à l'égard des délinquantes, à la fois des victimes (les maris, enfants, …) mais aussi les policiers, les juges, les magistrats (5). France-Line Mary-Portas nous le montre à travers les chiffres de 1995 : 14 % des personnes mises en cause par la police étaient des femmes, il n'en restait que 10 % parmi les condamnées, et seulement 4 % parmi les personnes incarcérées (6). Dans notre représentation, la fonction maternelle explique en partie la clémence des tribunaux à l'égard de certaines femmes, car une femme, mère de famille, figure maternante n'a pas sa place en prison, elle serait perçue doublement déviante : elle est en cause pour un délit réprimé par la loi, mais aussi pour un délit contre l'ordre moral. La loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence, qui tend à éviter l'incarcération avant le jugement des personnes exerçant « l'autorité parentale sur un enfant de moins de 10 ans » contribue à réduire encore le nombre de femmes incarcérées.

Il y a certes peu de femmes détenues comparées aux hommes, mais les retentissements de l'incarcération sont d'autant plus importants, tant sur la sphère familiale, les services institutionnels, que sur le devenir de l'enfant, son autonomie résiliente et la reproduction d'actes judiciarisés (4).

Cette population féminine est encadrée principalement par du personnel féminin, mis à part les surveillants gradés, (type major), pouvant être des hommes.

2. Une population précaire

La population carcérale n'est pas un échantillon de la population générale mais bien d'une population précaire, avec un niveau d'étude assez bas : 48 % des personnes détenues n'ont aucun diplôme, moins de 50 % sont sans activité avant l'entrée en détention. On y retrouve des personnes avec des problèmes de logement et au moins une personne sur huit souffre d'un trouble psychiatrique ou d'addiction, le taux de suicide parmi la population carcérale est près de dix fois supérieur à celui de la population générale (7). On se retrouve donc avec une population doublement marginalisée, du fait des conditions socio-économiques et psychologiques défavorables dans leur vie libre antérieure, et de l'incarcération qui impose un contact étroit avec d'autres personnes « marginales », les isolant d'autant plus du monde « normal » ; et triplement défavorisée, sur le plan personnel par des carences affectives et éducatives, sur le plan social par un environnement précaire et sur le plan médical, avec un suivi insuffisant (8). Coline Cardi a également fait ce constat et écrit : « L'institution carcérale n'est pas seulement dédiée au traitement de la désaffiliation ; elle recueille également les formes « pathologiques » des rapports sociaux ordinaires et du conformisme social ; elle sanctionne enfin les crimes de celles qui sont sorties de leur cadre et de leur genre » (9).

3. Une population inégalement répartie sur le territoire

La sous-représentation des femmes leur est préjudiciable. En effet, la non-mixité dans les établissements pénitentiaires impose l'organisation de « quartiers femmes » dans certains centres pénitentiaires : 56 établissement sur 188 ont aménagé un « quartier femmes », et seulement deux établissements leur sont entièrement consacrés, sans « quartier hommes ». Quand on regarde la carte du nombre de femmes détenues par établissement pénitentiaire (Annexe I), on s'aperçoit que la répartition des places est inégale sur le territoire français, la majorité des établissements se trouvant dans la partie

Nord de la France, et en particulier les centres de détention, lieux d'enfermement pour les peines de plus de deux ans. L'éloignement géographique des femmes détenues de leurs région d'origine, et donc de leur famille, demeure fréquent, c'est ce que l'on appelle la « double peine », la punition établie par le jugement, et la souffrance morale ressentie par l'éloignement familial (10).

Dans son rapport pour l'Assemblée Nationale, Guenhaël Huet décrit la nature des crimes et délits comme raison supplémentaire de la difficulté à maintenir des liens familiaux : il y a les homicides intra-familiaux et en particulier infanticides entrainant une rupture avec les proches par stigmatisation. Mais il y a aussi le trafic de stupéfiant, pour lequel les femmes sont utilisées comme « mules » pour transporter la drogue d'autres pays, souvent accompagnées d'enfants ou bien enceintes pour moins faire l'objet de contrôle, et qui sont incarcérées en France, entrainant donc un éloignement géographique (11).

On constate également la surpopulation carcérale dans ces quartiers (55 femmes pour 22 places à Mulhouse : taux d'occupation de 159 %, 155 % à Marseille, 103 % dans la direction interrégionale de Lyon, …). Les conséquences de la surpopulation carcérale et de la non mixité se font ressentir dans l'accès aux équipements collectifs, activités, travail, formations et aux démarches auxquelles les femmes pourraient avoir accès légalement (12). Les transferts de personnes détenues entre prisons sont aussi une des conséquences de la surpopulation carcérale.

La mobilité des femmes enceintes dépend également de leur grossesse ou du nouveau-né qu'elles gardent auprès d'elles, comme nous le verrons plus loin.

Ainsi la proximité entre les détenues et leurs « proches » est plutôt vécue sous le signe de la difficulté et de l'obstacle à la relation (13), d'autant plus que les nouveaux centres pénitentiaires sont construits en périphérie des villes, donnant un accès via les réseaux de mobilité limité. Cela participe un peu plus à la rupture familiale, et donc à l'isolement total que peut vivre une femme en détention. Guenhael Huet souligne à ce sujet que « la préparation à la sortie et à la réinsertion toujours indispensable n'en est que plus incontournable pour ces femmes. Ceci passe aussi par la préservation maximale des liens familiaux pendant la détention. »

4. Le suivi médical des personnes détenues

La loi de janvier 1994 a confié au service public hospitalier la mission de dispenser les soins aux détenus en milieu pénitentiaire et a prévu l'affiliation de ceux-ci aux assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale. L'hôpital est également chargé de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. Des locaux ont été aménagés : les unités de consultations de soins ambulatoires (UCSA) sont en place dans chaque prison. Les personnes détenues fréquentent ces lieux pour se soigner, mais il leurs semble également plus agréable d'être au contact de personnes indépendantes de l'administration pénitentiaire, un contact qui les rallient au monde extérieur (14).

L'incarcération est vue pour la santé publique, comme le moment opportun pour faire de la prévention et de l'éducation à la santé, pour ces femmes, qui viennent souvent de milieux dans lesquels elles étaient moins suivies (15). C'est pourquoi, lors de la « consultation médicale des arrivantes », un bilan de santé général est effectué afin de repérer les éventuels troubles somatiques et psychiatriques, ainsi que le présence de dépendance. Les dépistages du VIH, de l'hépatite C, de la syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles sont proposés. Les vaccins obligatoires sont également remis à jour ; il est écrit qu'un frottis cervico vaginal est réalisé ainsi qu'un dosage de bHCG pour repérer une éventuelle grossesse (3). Cette visite médicale d'entrée est rendue obligatoire, contrairement aux soins de santé dans la suite de l'incarcération, pour lesquels la personne détenue devra formuler une demande écrite ou orale pour y avoir accès.

Mise à part l'irrespect du principe du libre choix du praticien, (rappelé par la loi du 4 mars 2002 qui stipule que le patient peut consulter le médecin de son choix), l'accès aux soins est, dans l'ensemble, largement assuré en prison. Cela amène même au débat à propos de la considération d'un meilleur accès aux soins que la population libre (15).

Il est toutefois important de rappeler que ce n'est pas une intention de venir en prison pour avoir des soins de santé, mais le parcours de vie des personnes incarcérées est structuré par des forces d'inégalités, et la prison est par défaut, devenue un endroit où les femmes savent qu'elles auront des soins (16).

L'objectif de la loi de 1994 est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à la population générale (17).

Mais le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) rappelle que les personnes détenues « en tant que personnes, privées de liberté, doivent faire l'objet d'une attention spéciale », vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles, des diverses addictions, des affections psychiatriques, mais aussi, des sévices ou mauvais traitements. Une certaine spécificité est donc recommandée pour pouvoir parvenir à l'équivalence (8).

b. Avoir un enfant pendant son incarcération

1. Être enceinte ?

La loi du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, précise désormais que « lorsque doit être mise à exécution une condamnation à une peine d'emprisonnement concernant une femme enceinte de plus de douze semaines, le procureur de la République ou le juge de l'application des peines s'efforce par tout moyen soit de différer cette mise à exécution, soit de faire en sorte que la peine s'exécute en milieu ouvert. ». Malgré cela, des femmes arrivent enceintes entre les murs de la détention. Les femmes peuvent aussi parfois commencer une grossesse en prison. L'interdiction des rapports sexuels n'est pas juridiquement consacrée, mais la sexualité en prison est marquée par une « triple illégitimité » car relevant du privé, du tabou carcéral et de l'intimité féminine. Myriam Joël Leuf décrit d'ailleurs cette sexualité comme clandestine, invisible, ostensible et rationnalisé, à l'image d'une sexualité enfermée, où les femmes sont incitées à se conformer aux rôles traditionnels, et au culte de la maternité (18), tout en étant sans cesse surprotégées d'une éventuelle relation hétérosexuelle, et notamment au parloir, car le « bébé parloir » est particulièrement redouté, symbole de la défaillance de l'institution (19).

La sexualité en prison, comme la consommation de drogue sont, de façon relative, tolérées par certains surveillants pour réduire les tensions, éviter que les personnes détenues « n'explosent » individuellement ou collectivement, aider à supporter la prison et surtout à gagner du temps sur l'usure morale de l'enfermement (20).

2. L'enfant en prison, premier rapport à la loi

L'article D. 401 du code de procédure pénale autorise la mère détenue à garder son enfant auprès d'elle jusqu'à l'âge de dix-huit mois. L'article 400-1 précise que les femmes enceintes et les mères ayant gardé leur enfant auprès d'elles « bénéficient de conditions de détention appropriées ». Afin de garantir de bonnes conditions d'accueil en termes d'équipement et de qualification des personnels de surveillance, l'administration pénitentiaire a défini une liste limitative d'établissements habilités à recevoir des enfants et disposant de cellules « mère-enfant ». Au 1er Août 2017, 31 établissements sont habilités (21), (25 maisons d'arrêt, 4 centres pénitentiaires, et 2 établissements pour mineurs), pour un total de 79 cellules « mère-enfant» (Annexe II). Malgré le nombre en augmentation de places d'accueil des bébés, il est fréquent que les femmes doivent changer d'établissement pour bénéficier d'une cellule « mère-enfant ».

Les femmes sont regroupées, en général vers leur septième mois de grossesse ou à l'arrivée de l'enfant, dans des « unités nurserie » où les conditions d'incarcération sont différentes de celles du « quartier femme ». La circulaire du 18 août 1999 définit les normes d'équipement et d'encadrement. Ainsi, sur le plan matériel, la circulaire prévoit des conditions minimales de confort : la superficie de la cellule doit être au minium de 15m², l'eau chaude dans les cellules doit être fournie, l'aménagement de la cellule doit permettre une séparation de l'espace de la mère et de celui de l'enfant (la télévision devant se trouver hors de l'espace de l'enfant), la localisation des cellules peut permettre l'ouverture des portes la journée, l'existence d'une salle d'activités pour la confection des repas, ainsi que l'accès à une cour extérieure en dehors de la présence des autres détenues (22). L'application de ces normes est contrôlée par les services de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Les salles d'activités sont, pour la plupart fermées après 17h30, au moment où, comme le pointe Jean-Marie Delarue dans son avis, « le jeune enfant a besoin de se dépenser et où la mère s'angoisse d'être seule à pourvoir aux besoins de cet enfant » (23). Ces unités sont selon les prisons, soit des « quartiers nurserie », soit des cellules mères-enfants au sein du « quartier femmes », où le couple mère-enfant est alors plus isolé

pour ne pas croiser les autres femmes détenues, et dont les conditions minimales de confort sont parfois moins accessibles (24).

c. Suivi de grossesse et accueil des futures mères en prison

1. Le suivi de grossesse, et le besoin d'accompagnement

L'article D. 400 du code de procédure pénale prévoit un suivi médical adapté pour les femmes enceintes et précise que l'accouchement doit être réalisé « dans le service hospitalier approprié à leur état de santé », souvent la maternité de niveau 3 à laquelle la prison est affiliée. Des professionnel·le·s de santé (sage-femme, gynécologue) interviennent régulièrement en détention pour assurer le suivi de grossesse, limitant ainsi les extractions médicales des femmes détenues, les échographies sont faites à l'unité sanitaire si cela est possible. Le code de procédure pénale précise que les personnes détenues doivent recevoir une alimentation variée correspondant à leur état de santé et adaptée à leurs besoins nutritionnels. Pour les femmes enceintes, des apports complémentaires peuvent être également prescrits par un·e professionnel·le de l'unité sanitaire (25), tout comme des mesures pour adapter la vie de la femme enceinte, telle qu'une prescription pour prendre l'ascenseur par exemple.

Les femmes enceintes incarcérées se retrouvent sans entourage avec qui partager ce moment important et si particulier de leur vie. Une étude américaine met en avant le besoin de soutien et d'accompagnement de la grossesse, et mesure la faisabilité de l'intervention de Doulas. Elle met en avant qu'une relation de confiance peut s'établir, permettant de soutenir les femmes lors de leur accouchement et lorsqu'elles sont séparées de leur nouveau-né. Cet accompagnement est d'autant plus bienvenu qu'il est fait par des doulas, qui par définition n'apportent pas un appui médical et n'ont pas de responsabilité clinique, et qui restent surtout extérieures à l'institut pénitencier, tout en ayant reçu une formation spécifique sur les restrictions institutionnelles (26).

2. Le moment particulier de l'accouchement

Dans le code de procédure pénal, il est ajouté que « si la naissance a lieu dans un établissement pénitentiaire, l'acte de l'état civil mentionne seulement la rue et le numéro de l'immeuble », dans l'intérêt de l'enfant. Cette précision est faite au cas où l'organisation du transfert n'ait pas pu se faire à temps, selon le jour et l'heure de la mise en travail. Il faut en effet, une escorte pour cette extraction médicale, comme pour toute autre personne détenue, pendant laquelle la femme peut être « menottée et entravée si elle est considérée comme dangereuse pour autrui ou elle-même, ou susceptible de prendre la fuite », précise l'article 803 du code de procédure pénal (27).

En considérant l'éloignement des établissements pénitentiaires de la maternité, et la lenteur des déplacements du fait du statut de détenue, la réflexion entre professionnel·le·s concernant la mise en place d'un protocole d'intervention en fin de grossesse s'impose, afin d'éviter des accouchements à l'extérieur de l'hôpital et en particulier en cellule, notamment chez les femmes multipares. La Maison d'Arrêt de Sequedin (Nord pas de calais) propose un protocole avec un transfert à l'UHSI à la 38e SA, et une procédure d'accouchement programmé avec éventuel déclenchement à la 39e SA sur décision des obstétriciens (28). La patiente peut bien sûr refuser ces procédures, mais cela permet souvent de la rassurer (de ne pas se retrouver coincée en pleine nuit, devant attendre qu'un surveillant gradé d'astreinte puisse venir ouvrir la porte), et parfois cela permet la présence du père ou d'un autre accompagnant à l'accouchement selon des conditions particulières (4).

La loi demande que les femmes enceintes bénéficient de la même prise en charge médicale qu'à l'extérieur et qu'elles accouchent à l'hôpital public, mais elle oblige à penser l'hôpital comme lieu à deux logiques de surveillance : la surveillance médical du soin, et la surveillance de la prison sécuritaire. Cela nécessite de penser constamment aux grands principes de sécurité : tout objet peut devenir un danger, toute porte est une issue. Une garde statique relevant de la police doit rester en permanence devant la porte de la chambre, et contrôler les visites qui se font seulement si un permis a été accordé, comme pour les parloirs en détention. La question de respecter l'intimité, tout en observant une obligation de surveillance par le regard, se pose (29). La loi du 24 novembre 2009, précise tout de même que tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entrave et sans présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues (30).

3. Accueil du nouveau-né

Chaque année, une cinquantaine de nourrissons sont accueillis dans le monde carcéral (14). L'enfant libre, ne dépend pas de l'administration pénitentiaire, sans doute est-ce pour cela qu'il est difficile de trouver un nombre exact d'enfants restant avec leur mère en détention.

La circulaire du 18 août 1999 aborde la prise en charge quotidienne de l'enfant vivant en milieu carcéral avec sa mère. L'enfant n'étant pas juridiquement détenu, les conditions de sa prise en charge doivent être guidées par le souci de responsabiliser les mères dans l'exercice de leur autorité parentale et dans la conduite de la vie quotidienne de l'enfant. La circulaire insiste aussi sur l'importance de lutter contre un isolement trop important de la mère avec son enfant et le risque de relations trop fusionnelles et déstabilisantes pour l'enfant, en facilitant la progressivité de la séparation et l'enrichissement de son environnement.

Au moment de l'entrée en détention de l'enfant accompagnant sa mère sous écrou, la fiche de la femme détenue doit seulement comporter la mention « accompagnée d'un enfant ». Une fiche mentionnant prénom, sexe, date et lieu de naissance du mineur est ajoutée au dossier individuel de la détenue. Consignée au greffe, elle sera détruite au moment de la sortie de l'enfant, qu'il soit placé ou qu'il sorte avec sa mère, à la fin de sa peine, dans le souci de préserver l'enfant du stigmate carcéral (31).

Par ailleurs, l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire n'assure pas la prise en charge médicale de l'enfant, il faut donc faire appel à des partenaires extérieurs comme la PMI pour le suivi de l'enfant, ou à d'autres médecins extérieurs. En cas d'urgence, la mère doit avoir recours à un dispositif « centre 15 » (32).

II- CONSÉQUENCES DE L'INCARCÉRATION SUR LA GROSSESSE ET L'ÉTABLISSEMENT DU LIEN MÈRE-ENFANT

a. Les conséquences de l'incarcération sur la grossesse

1. Stress, isolement et dépendances

Les femmes qui arrivent enceintes sont souvent confrontées à plus de limites dans la grossesse, car préoccupées par ce qui les a menées en détention, certaines sont encore dans l'attente de leur jugement. Comment prendre sa vie en mains, quand on se trouve entre celles de la justice, qui déterminera le quotidien de leurs prochaines années ?

Comme on l'a vu précédemment, la répartition des femmes détenues sur le territoire, et notamment lors du transfert de la femme en unité mère-enfant, peut entrainer un éloignement des proches, et sa condition de femme détenue l'empêche de communiquer librement avec l'extérieur, les courriers entrants et sortants pouvant être lus et censurés par l'administration pénitentiaire. En entrant en prison, une personne détenue verra le respect de son intimité offensé par le rôle de surveillance permanente de l'établissement pénitentiaire. Que ce soit par les fouilles aux personnes ou de la cellule comme le prévoit l'article D269 de code de la procédure pénale, la mise en évidence de son passé social et comportemental dans son dossier mis à disposition de tout le personnel, la personne détenue sera confrontée à une dépossession de sa personnalité. L'homogénéisation de la population carcérale est une conséquence de la gestion d'établissements toujours plus grands. Il est difficile, dans ces conditions, de laisser de la place à l'individu, et à la responsabilisation des personnes, les rendant dépendantes de l'administration pénitentiaire à chaque moment.

Ainsi, la femme enceinte se retrouve-t-elle isolée de ses repères, dépendante et soumise au stress de l'incertitude. De plus, toutes les manifestations anxieuses de la grossesse

sont présentes, mais s'aggravent à cause de l'incarcération, facteur de stress qui amplifie et majore tout phénomène. Ces difficultés matérielles et affectives, favorisent d'autant plus l'émergence d'épisodes dépressifs et de comportements nocifs (tabac, drogues, désinvestissement du suivi de grossesse) (28).

2. Subvenir aux besoins de l'enfant

Pour faire face aux besoins quotidiens de son enfant, une femme détenue se voit reconnaitre ses droits aux allocations comme toute personne répondant aux critères de ces allocations, notamment : l'Allocation du Parent Isolé (A.P.I.), la Prestation Accueil du Jeune Enfant (P.A.J.E.). Certains établissements pénitentiaires fournissent les besoins matériels minimums en alimentation et puériculture, d'autres n'apportent cependant aucune aide et les femmes doivent « cantiner » pour répondre aux besoins de leurs enfants.

Si elle n'a pas suffisamment de ressources, l'administration pénitentiaire fournit la somme de 20 euros par mois aux personnes indigentes (33), et il reste la possibilité pour la personne détenue qui n'est plus enceinte, de travailler, si cela lui est accessible. Il lui faut alors accepter de confier son enfant à des proches, au personnel spécialisé, à un accueil extérieur, ou à défaut une codétenue de confiance. Cette activité permet à la mère de s'investir dans une préoccupation autre que sa responsabilité maternelle, mais encore faut-il qu'il y ait cette possibilité d'activité et de prise en charge.

Certaines prisons font appel à des sociétés privées pour gérer la maintenance à l'intérieure des prisons, notamment les repas qui sont soumis à des cahiers des charges, laissant peu de place à la mère de composer librement un repas pour son enfant (24).

3. La pression sur la mère au développement de son enfant

Rappelons que ce n'est pas dans l'intérêt propre des femmes détenues mais avant tout au nom de « l'intérêt supérieur de leur enfant » que ces femmes bénéficient de conditions de détention privilégiées, car c'est bien l'enfant qu'il s'agit de protéger du carcéral (31). Dans cette perspective, ces détenues sont avant tout considérées comme

mères et la nurserie fonctionne comme un espace de surveillance et de stigmatisation d'une population féminine « à risque ». L'apprentissage de la fonction maternelle fonde l'entreprise de réinsertion des mères au point que la nurserie peut apparaître comme une école de maternité. C'est finalement un endroit où s'articulent la pénalité et la protection, le care sous-tend en permanence le sécuritaire et inversement.

On peut percevoir la nurserie comme un premier lieu d'évasion pour les enfants, là où le plus de choses sont à leur disposition à l'intérieur pour mettre leurs sens en éveil, là où les murs seront un peu plus loin pour découvrir l'espace, là où ils côtoieront d'autres personnes. Mais le développement de l'enfant ne peut se satisfaire du milieu carcéral, où l'épanouissement se trouve limité, et où la promiscuité avec la mère peut être difficile à vivre. L'enfant peut sortir aussi souvent que la mère le décide, et la circulaire du 18 août 1999 préconise de développer au maximum les possibilités de sorties, évitant ainsi une relation trop fusionnelle avec la mère. Il est à noter que les enfants sont fouillés avant la sortie, à leur retour, et après chaque parloir, selon les consignes en vigueur (22).

4. Les modifications psychiques de grossesse

a) Transparence psychique selon Bydlowski

Sous ce terme, l'auteur décrit un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la femme face au refoulé inconscient. Ainsi, la future mère, et spécialement pendant la deuxième moitié de la grossesse, va-t-elle se tourner volontiers vers des thématiques autocentrées et inaccessibles pour la plupart des femmes, en dehors de cette période de son existence. Elle se trouve par conséquent peu disponible pour évoquer des représentations mentales directement liées au futur bébé.

Monique Bydlowski indique que la grossesse permet l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même, et de grandes variations peuvent y être observées : depuis la femme enceinte qui, ayant constitué un bon objet interne lorsqu'elle-même était bébé, aura plus tard une grossesse paisible, jusqu'à celle qui, ayant fait au contraire

précocement l'expérience de soins intrusifs ou insuffisants, risquera, au cours de sa grossesse, de revivre des angoisses primitives (34).

b) La préoccupation maternelle primaire (Winnicott)

Donald Woods Winnicott décrit la préoccupation maternelle primaire comme la période de quelques semaines précédant l'accouchement et le suivant immédiatement, pendant laquelle la mère se montre tout spécialement « normalement capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ».

Elle saisirait des signaux qu'elle serait à même de décrypter et d'interpréter avec une efficacité extrême. Winnicott compare cette période à un repli, à une dissociation, voire à un état schizoïde, une « maladie mentale normale » dont la mère va se remettre. Il s'agirait d'une identification régressive de la jeune mère à son bébé. La mère développe une sensibilité très précise à l'égard de son bébé et peut ainsi s'adapter à ses besoins ; cela entraîne une sorte de dissociation avec la réalité, car ses intérêts sociaux, extérieurs deviennent tout à fait secondaires ; c'est cet état chez la mère qui permet au bébé, nous dit Winnicott, de développer l'illusion de son omnipotence, qui lui fait croire que c'est lui qui crée le sein lorsqu'il a faim, que c'est lui qui crée sa réalité (35).

Ce régime de fonctionnement, qui correspond en partie à la période de « dépendance absolue » du bébé vis-à-vis de son environnement, se verra normalement clos par la « censure de l'amante » correspondant alors à la re-sexualisation par la mère d'un certain nombre d'objets autres que le bébé (compagnon, profession, etc…), avec corrélativement un désinvestissement relatif de l'enfant. Ce désinvestissement partiel est structurant pour lui, puisqu'il l'amène à créer et à inventer des moyens de substitution, à le faire entrer dans une phase de dépendance désormais relative (34). Dans le contexte d'une femme détenue, tenue d'être en permanence aux côtés de son enfant, rien ne mène à cette censure, mais au contraire à un attachement exclusif, et un lien quasi-absolu entre la mère et son enfant.

b. Conséquence de l'incarcération sur le lien mère-enfant

1. Les soins maternels suffisamment bons

La mère suffisamment bonne, selon Winnicott, est celle qui sait donner des réponses équilibrées aux besoins de son nourrisson, ni trop, ni trop peu. Cette préoccupation repose sur un sentiment continu d'exister. La mère a une fonction de miroir et cela représente le stade d'identification primaire. La maturation du moi de l'enfant se fait selon trois perspectives : le *holding* qui renvoie à la manière dont l'enfant est porté, soutenu et maintenu, le *handling* qui renvoie à la façon dont il est traité, manipulé et soigné physiquement mais aussi psychiquement, et enfin l'*object-presenting* correspondant à la manière dont on présente le monde à l'enfant.

La dépendance d'abord totale, devient par étapes, relative, ce qui permet à l'enfant de se socialiser et de s'identifier à d'autres personnes. Si la mère est comblante et ne laisse pas de place pour la frustration, l'enfant n'atteindra pas un stade d'autonomie, au contraire si elle n'est « pas assez bonne », elle laissera son enfant en souffrance et dans l'angoisse. De l'état de fusion, on arrive petit à petit, par l'évolution de l'adaptation de la mère, à une différenciation ; l'enfant prend conscience de la personne de sa mère pour s'en différencier (36).

2. L'établissement lien mère-enfant : théorie de l'attachement

Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, John Bowlby relie l'attachement au besoin de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent. Il se sent plus ou moins en sécurité selon la façon dont on répond à ses besoins. D'après Bowlby, le nourrisson développe des « comportements d'attachements » innés afin de s'assurer de la proximité, de l'attention, de la disponibilité de la figure d'attachement, processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce. La figure d'attachement est souvent en premier lieu la mère, mais elle peut aussi être une autre personne s'engageant dans une interaction sociale et répondant aux besoins de l'enfant.

L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. En effet, selon la façon dont la figure d'attachement répond aux besoins de sécurité du bébé, il développera un modèle interne lui permettant d'anticiper les interactions futures. Un parent suffisamment bon, disponible, avec des attitudes constantes, sera perçu comme une figure d'attachement fiable. Avec cette « base de sécurité », l'enfant pourra explorer son environnement. Il se considérera lui-même comme aimable et méritant de l'affection. Avec le temps, les enfants avec attachement sécurisant sont plus curieux, moins anxieux, moins hostiles et ont une meilleure estime de soi. Par contre, si l'attachement ne se fait pas d'une façon appropriée (en raison d'une figure d'attachement absente ou inadéquate durant la première enfance), l'enfant pourra voir le monde comme dangereux et se considérer comme indigne d'amour. À long terme, les enfants avec un attachement insécurisant ont davantage de problèmes dans leur fonctionnement émotionnel, social et cognitif, ils sont animés par l'angoisse de la séparation, et ont des difficultés à l'autonomisation (37).

3. Le vécue de la séparation et ses conséquences

Le départ de l'enfant doit se faire de manière douce et tempérée pour protéger l'enfant d'une séparation trop brutale ; il est d'ailleurs réfléchi et préparé dès son arrivée. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) rencontre la mère pour constituer un dossier précisant les solutions d'accueil de l'enfant à l'extérieur, en fonction des perspectives de libération de la mère.

Le départ de l'enfant doit être si possible progressif : en accord avec la mère, l'enfant doit pouvoir faire des séjours d'une durée de plus en plus longue dans son futur lieu d'accueil. La circulaire souligne que l'administration pénitentiaire est tenue de fournir au juge de l'application des peines ou au juge d'instruction, les éléments qui leur permettront, si la situation de la mère l'autorise, d'organiser, selon les cas, des permissions de sortie ou des sorties sous escorte, pour lui permettre d'accompagner son enfant dans son futur lieu d'accueil. Enfin, durant les six mois suivants son départ, l'enfant peut être admis par le chef d'établissement à séjourner pour de courtes périodes auprès de sa mère (article. D. 401, al. 3, du code de procédure pénale).

La séparation qui implique la perte de la mère, écrit Jenny Aubry, est un traumatisme qui produit un choc comparable à une maladie aigüe d'où restera une sensibilisation aux séparations et changements, et si l'enfant ne trouve pas de substituts maternels, cette carence peut aboutir à des lésions permanentes voir irréversibles. La période s'étendant du quatrième au 15e mois est cruciale pour la construction du « moi », et toute carence intervenant à cette période-là risque de perturber le développement psychomoteur et affectif de l'enfant. Cependant Françis Mouhot a étudié le fait que, si elle doit avoir lieu, une séparation précoce parents-enfants (avant un an) est celle qui permet la meilleure évolution de l'enfant à long terme (38). Il est donc difficile de trouver quel est le meilleur moment pour une séparation dans le contexte de l'incarcération. L'instabilité du parent est un critère majeur de la séparation, mais si l'enfant n'est pas en danger avec sa mère, ce sont alors les cloisons de la prison qui en sont un.

4. Préservation du lien

Le lien mère-enfant prime donc sur l'image de la « mauvaise mère » délinquante et néfaste au mineur. Les femmes détenues accueillies en nurseries sont ainsi avant toute chose perçues comme des mères. L'incarcération ne signifie pas seulement pour elles effectuer une peine.

Le psychanalyste Alain Bouregba démontre l'importance de conforter les liens familiaux lors de la toute petite enfance pour éviter que les bébés ne souffrent de troubles de l'attachement. La fonction maternelle est une construction psychologique qui s'élabore lentement par les interactions quotidiennes entre une mère et son enfant. Si ces liens affectifs précoces ne peuvent être noués, la mère détenue risque d'avoir de graves difficultés à se sentir véritablement la mère de l'enfant car le processus psychique de la parentalité ne s'est pas déroulé normalement. L'enfant risque, lui aussi, de développer des troubles de l'attachement qui auront de lourdes conséquences pour son équilibre affectif (11).

Une fois établie la nécessité de préserver le lien entre la mère et son enfant, Bouregba admet que : « l'univers carcéral peut nuire aux détenues, ou plus exactement à leur fonction maternante, en contribuant à produire une inquiétude ou anxiété maternelle, liée à une certaine monotonie et une crainte de désappropriation » . Il insiste alors sur la

nécessité de réduire ce climat d'insécurité. S'il faut prévoir des conditions d'incarcération améliorées, c'est bien en vue de préserver l'intérêt de l'enfant et son bien-être psychologique ou psychique (31).

Après la sortie de l'enfant sans sa mère, au bout de 18 mois ou avant, il existe différents moyens pour l'enfant de visiter sa mère afin de maintenir le lien. Outre les parloirs, deux dispositifs permettent à toute personne détenue de recevoir des visites plus longues de ses proches, sans surveillance continue et directe de l'administration pénitentiaire :

- Les parloirs familiaux sont des salons fermés, d'une superficie variant de 12 à 15 m². Ils permettent à toute personne détenue de rencontrer ses proches pour une durée maximale de 6 heures en journée.
- Les unités de vie familiale (UVF) sont des appartements meublés de 2 ou 3 pièces, séparés de la détention, où la personne détenue peut recevoir sa famille dans l'intimité pour une durée de six à 72 heures.

  L'unité est conçue pour favoriser la responsabilisation de la personne détenue dans l'accueil de ses visiteurs et notamment, des conditions de restauration.

  Les personnes détenues peuvent bénéficier d'une visite en UVF (article 36 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009). Au 1er janvier 2017, 120 UVF sont en fonctionnement, réparties dans 37 établissements pénitentiaires.

Le code de procédure pénale permet aussi un maintien du lien par l'article D.401 qui stipule qu'au cours des douze mois suivants son départ, l'enfant peut être admis pour de courtes périodes auprès de sa mère.

Ainsi donc, la femme détenue évolue-t-elle dans un environnement particulier qui nécessite un accompagnement professionnel attentionné, pour construire une relation avec son bébé, la meilleure possible malgré les contraintes inhérentes à son incarcération.

POPULATION ET MÉTHODE

I- SCHEMA DE L'ETUDE

1. Rappel des objectifs

L'objectif principal était d'étudier la prise en charge des femmes enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la mise en place de la création du lien mère-enfant, par les professionnels intervenants en région Auvergne-Rhône Alpes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Etudier le déclaré des professionnels à propos du retentissement de l'incarcération sur la mise en place de la maternité, et le retentissement de la maternité sur l'incarcération, sur les plans médicaux, législatifs et psychologiques
- Décrire l'accompagnement mis en place pour l'arrivée et la séparation de l'enfant auprès des femmes détenues.

2. Type d'approche choisi

La méthode qualitative descriptive et interprétative a été choisie pour cette étude afin d'exposer la diversité des points de vue existants chez les professionnels interrogés.

3. Lieu et durée de l'étude

Les professionnel·le·s contactés exerçaient autours de deux établissements pénitentiaires de la région Auvergne-Rhône Alpes. Les entretiens se sont déroulés pendant trois mois, du 19 septembre au 22 novembre 2018.

II- ÉCHANTILLON

1. Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de trois sages-femmes de PMI, deux infirmières puéricultrices, deux lieutenants responsables de quartier Femmes, une surveillante, une conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation. Ces professionnel·le·s exerçaient

leurs fonctions dedans ou autours, de deux des trois prisons de la région Auvergne-Rhône Alpes, possédant un quartier nurserie, durant l'année 2018.

2. Modalités de recrutement

La première étape fut de contacter la référente de l'action sanitaire et sociale du ministère de la justice, afin d'avoir les noms et adresses courriels professionnelles des personnels en contact avec les femmes enceintes incarcérées dans la région Auvergne-Rhône Alpes. Ainsi, nous avons pu rentrer en contact avec les directeur·trice·s des établissements pénitentiaires, qui nous ont donné leurs accords pour visiter le quartier nurserie et nous entretenir avec le personnel. Pour le personnel de la PMI, après un e-mail d'information, des échanges téléphoniques ont permis de convenir d'une date d'entretien et d'obtenir leur consentement à leur participation. Un membre de la PMI n'a pas répondu à nos sollicitations, et une autre nous a redirigés. Les huit autres personnes contactées nous ont accordé un entretien.

III- MODE DE RECUEIL DES DONNÉES

1. Description du mode de recueil

Le recueil des données s'est effectué par la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs. Cette méthode a semblé la plus adaptée pour recueillir le point de vue des différents professionnels, en permettant d'obtenir des réponses riches et précises.

2. Déroulement de l'intervention

Nous nous sommes déplacés sur les lieux de travail des participant·e·s afin de pouvoir réaliser les différents entretiens. Ils et elles ont été enregistré e s en direct à l'aide d'un dictaphone, avec l'autorisation des participant·e·s, afin d'être retranscrits dans leur intégralité. Ceux effectués en détention, ont été réalisés en prise de notes directes, avec l'autorisation des participants, car il ne nous était pas permis de rentrer avec un dictaphone en prison.

Les entretiens ont été précédés d'une phase d'introduction afin de représenter l'auteure de l'étude, en préciser à nouveau le sujet et d'expliquer le déroulement de l'entretien. Ils

ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien (Annexe III) permettant de guider l'échange. Elle a été établie afin de répondre aux mieux aux objectifs fixés. Ce guide d'entretien n'a pas été testé, mais a été relu et validé par nos directrice et co-directrice de mémoire.

IV- MODE D'ANALYSE DES DONNÉES

1. Description et justification du mode d'analyse des données

Le mode d'analyse des données utilisé a été l'analyse thématique du contenu. Cette méthode a permis de faire émerger des régularités, des particularités et des explications personnelles au phénomène étudié.

Après une retranscription rigoureuse et une relecture attentive des verbatims, chaque entretien a été étudié. Une analyse verticale (synchronique) a été effectuée dans le but de mettre en avant les thèmes, les sous-catégories et les concepts présents dans un même entretien. Enfin, une analyse horizontale (diachronique) a permis de mettre en perspective tous les entretiens pour chacun des thèmes.

À partir des thèmes répertoriés en amont dans la grille d'entretien, une analyse descendante du contenu a permis de découper chaque thème en différentes parties. De plus, devant la présence de thématiques supplémentaires dégagées et la diversité des points de vue des personnes interrogées, une analyse ascendante a aussi été nécessaire, menant à l'élaboration d'une grille générale de dépouillement. Cette grille comprenait 33 thèmes différents à propos du travail spécifique des professionnel·le·s auprès de ce public particulier. Une quantification de la fréquence d'apparition d'un même thème a été faite au sein de chaque entretien puis sur l'ensemble des entretiens. Une synthèse horizontale a pu être réalisée à l'issue de cette phase pour établir le plan de discussion.

Les entretiens directs ont accordé une observation des attitudes, et des documents nous ont été remis lors de ces entretiens (règlements intérieurs, procédures), permettant une analyse de contenu de plusieurs supports.

2. Aspects éthiques et réglementaires

a) Avis de comités consultatifs

Une déclaration auprès du délégué à la protection des données du GHT territoires d'Auvergne a été nécessaire pour la réalisation de cette étude (Annexe IV).

b) Informations et consentement

Un courriel d'information à l'intention des participant·e·s a été envoyé aux directeur·trice·s, et aux différents membres de la PMI interrogés. Cela a permis une présentation de ce travail de recherche, en précisant le sujet, les objectifs, et les modalités de recueil. La réception de leur consentement par écrit dans un mail de réponse a concrétisé leur participation. La lettre d'information et de consentement a été remise chaque participant·e avant chaque entretien, et l'accord de chaque participant·e a ensuite été confirmé par voie orale (Annexe V).

c) Anonymat

L'anonymat a été assuré en ne mentionnant aucun nom du personnel interrogé, ni la prison à laquelle ils et elles étaient affilié e s. Les données écrites des entretiens ont été sécurisées et seront détruites à l'issue de la soutenance de ce travail.

Chaque entretien a été numéroté par ordre chronologique de réalisation.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Caractéristiques de la population étudiée :

Les entretiens ont duré entre 20 minutes et une heure et 15 minutes, avec une moyenne de 50 minutes. Quelques informations générales concernant les participants ont été recueillies afin de connaitre davantage le profil des professionnel·le·s entourant les femmes accouchant en détention :

numéro	Sexe	Fonction	Ancienneté dans la fonction
1	M	Surveillant major du quartier femmes de la MA	2 ans chez les femmes 34 ans chez les hommes
2	F	Surveillante du quartier femmes, responsable des activités	9 ans 1/2
3	F	Sage-Femme de PMI, sur le secteur de la prison jusqu'en avril 2018	SF de PMI depuis 20 ans, 1 an au CP
4	F	Puéricultrice de PMI sur le secteur	Depuis 10 ans. 2 ans depuis l'ouverture de la prison.
5	F	Puéricultrice de PMI sur le secteur	Depuis 10 ans. 2 ans depuis l'ouverture de la prison.
6	M	Lieutenant au quartier femmes, du CD	Depuis 10 ans, et 6 ans au quartier femmes
7	F et F	SF de PMI au CD	Depuis 1 an pour l'une et 6 ans pour l'autre
8	F	Conseillère Pénitentiaire d'Insertion et de Probation	Titularisée depuis quelques mois, presque 2 ans d'expérience.

- la durée moyenne d'expérience professionnelle est d'environ 12,28 ans (comprise entre 2 ans et 36 ans)
- la durée moyenne d'ancienneté professionnelle auprès de ce public est d'environ 3,6 ans (comprise entre 1 an et 9,5 ans).

Les professionnel·le·s interrogé·e·s travaillaient auprès de femmes incarcérées en maison d'arrêt ou en centre de détention.

Liste des documents qui nous ont été remis lors des entretiens :

- Annexe du règlement intérieur quartier adapté Maison d'Arrêt Femmes
- Informations aux personnes détenues intégrant la nurserie
- Contrat d'admission d'un bébé auprès de sa mère incarcérée
- Fiche d'identification de l'enfant
- Fiche sanitaire autorisant le transport ambulancier de l'enfant
- Formulaire de sortie temporaire avec prise en charge extérieure
- Formulaire de sortie définitive de l'enfant
- Formulaire d'autorisation de sortie de l'enfant seul en cas d'urgence
- Formulaire de prise en charge temporaire de l'enfant par une personne détenue
- Formulaire de personne de confiance pouvant accéder à la nurserie
- Prise en charge d'une personne détenue lors d'un accouchement ou d'un séjour en maternité
- Compte-rendu de la rencontre PMI/Unité sanitaire du 11 septembre 2017

THÈME I : LE CONTEXTE DE CES FUTURES MÈRES

1. Angoisse de la femme et non disponibilité de la mère

On retrouve chez le personnel de PMI interrogé la considération des différentes angoisses auxquelles la femmes enceinte est confrontée pendant sa grossesse et ayant une influence négative sur la disponibilité de la mère à s'attacher au bébé : *« Les femmes quand elles sont en prison, elles sont dans l'incertitude, et ça, ça fait partie des facteurs pas favorisants, pour être sécurisées et pouvoir sécuriser leur enfant, et donc créer du lien* ». Ces femmes doivent renoncer à la vie en liberté, se laisser porter par le déroulement de la procédure judiciaire, en plus de s'adapter aux remaniements psychiques de la grossesse. Il est alors fréquent d'observer une perturbation du sommeil et de l'appétit, premiers signes d'un épisodes dépressif (28), une puéricultrice témoigne : *« Ce sont des femmes qui sont assez anxieuses, toujours en attente d'une décision, d'un passage devant le juge, souvent en lien avec un avocat qui vient les voir régulièrement. Leur préoccupation primaire c'est :* « combien de temps je vais passer

en prison ? Quand est ce que je vais pouvoir sortir ? Avec mon bébé ? Quand est ce que je vais pouvoir retrouver mes autres enfants ? » *et c'est vrai que c'est compliqué pour elles de penser à cette grossesse. […] C'est ça qui est un peu compliqué pour ces femmes, elles sont déjà fragiles du fait de la grossesse, fragiles car incarcérées* ». Certaines d'entre elles ont déjà une responsabilité de mère de famille, et ce rôle de mère qu'elle ne peuvent pas assurer les maintient à l'extérieur de cette grossesse : *« La plupart en plus, c'étaient des femmes qui avaient des enfants à l'extérieur et qui étaient très inquiètes pour ces autres enfants, donc qui n'étaient pas très disponibles pour l'arrivée de ce bébé»*.

Le personnel pénitentiaire perçoit l'inquiétude de ces femmes liée à l'enfermement, pour des moments plus précis : « *Comme on les isole jusqu'à l'accouchement, pendant 3 mois, elles disent qu'elles s'ennuient… Elles expriment leurs inquiétudes sur quand elles auront mal, elles sont inquiètes par rapport à l'enfermement, qu'on n'intervienne pas assez vite, mais on est réactif*. »

2. Isolement des co-détenues

L'isolement en quartier nurserie est le thème qui est revenu spontanément dans tous les entretiens « *À 6 mois, elles sont dans des chambres isolées des autres personnes incarcérées, et elles ne partent en unité nurserie, qu'à partir de 28 semaines. Et l'unité nurserie le souci c'est qu'elles sont isolées, parce que le quartier est fermé, elles sont isolées des autres, et ça peut être un peu angoissant pour elles*. », rapporte la sage-femme de PMI.

De la grossesse aux quelques mois de l'enfant, l'ennui est l'atmosphère qui règne dans le quartier de nurserie « *on les a fait descendre au 7e mois de grossesse, et elles le vivent mal, elles sont isolées, séparées de tout le monde, de leur vie sociale d'avant, elles dépriment* ». La circulaire de 1999 stipule pourtant que les conditions de prise en charge de l'enfant doivent être guidées par souci de lutter contre un isolement trop important de la mère et de son enfant et le risque de relations trop fusionnelles (22). La SPIP constate aussi : *« Elles ont donc besoin de plus de contacts, elles sont enceintes, il y a les hormones, il y a une solitude qui est plus présente, l'isolement…. […] Parfois, il y a des conflits en nurserie, et elles se retrouvent encore plus isolées, parce qu'elles côtoient*

toujours les mêmes personnes […] Et puis j'ai eu des cas de détenues qui étaient enceintes toute seule, sans autre maman à la nurserie, alors c'était encore plus lourd, parce que du coup elles n'ont personne à qui parler, les journées pouvaient être très, très, très longues. »

La raison de la séparation entre femmes enceintes et autres femmes détenues est bien sûr sécuritaire, comme le rappelle le surveillant gradé : *« le bébé ne doit pas avoir de contact avec la population carcérale hormis la détenue de confiance. Mais pas pendant la grossesse, pour sa sécurité, si jamais il y a une bagarre ou quoi, un coup sur le ventre……* » , il en ressort de la responsabilité de l'administration pénitentiaire. « *Elle sera complètement isolée pour éviter le contact de détenues avec délits d'infanticide, de bébé secoué…* ». Une des surveillantes ajoute à ce sujet : *« Je pense que c'est bien qu'on les isole, c'est bénéfique, car beaucoup de femmes sont là pour infanticide, donc peuvent avoir un regard perturbant sur la détenue. C'est pour leur protection* ».

Un des surveillants major a pointé du doigt la confusion qui était possible à propos du terme d'isolement qui, pour le personnel pénitencier, représente la mise au quartier disciplinaire de la personne détenue, comme moyen de sanction : *« Elle sont isolées, enfin non elles ne sont pas isolées comme on l'entend, c'est diffèrent de l'isolement quand même »*. Outre les privilèges d'aménagement de la nurserie, la grossesse et l'expérience dans ce quartier hors « normes » de la pénitentiaire normale peuvent être vécues comme une peine supplémentaire selon la SPIP : *« elles se sentent encore plus enfermées du fait de la grossesse. Elles vont d'un lieu à l'autre, de la cellule à la salle d'activité, c'est pas si grand, elles tournent en rond. Et elles n'ont pas accès aux activités avec leurs anciennes co-détenues. »*

3. Eloignement des proches

L'éloignement géographique des femmes par rapport à leur famille est dû au petit nombre d'établissements qui leur réservent des places, et à leur répartition inégale sur le territoire. Ainsi, le surveillant major constatait : « *Chez les femmes c'est 40 % de la*

population pénale qui ne vient pas de la région, alors que 90 % des hommes ici sont auvergnats ».

De plus, la femme n'a pas l'air d'occuper la même place dans la sphère familiale, ou n'accorde pas la même importance à garder une famille solidaire, une puéricultrice exposait d'ailleurs : « *On a eu plusieurs familles qui arrivent sur le département, parce que le conjoint est incarcéré ici. Mais dans l'autre sens, la famille qui se déplace pour la femme, c'est pas forcement vrai* ». Il est en effet fréquent que les conjoints abandonnent leur rôle de père quand la mère est incarcérée, et les enfants sont placés en institution, alors que la mère continue d'assurer l'éducation, dans la situation inverse (10). La SPIP nous explique : « *Il faut savoir que les mamans qui viennent là [à la nurserie de cet établissement pénitentiaire], ce sont des mamans qui ne veulent pas venir là, mais c'est que ça a été pendant un temps la seule nurserie où il restait des places, parce qu'on est très mal situé géographiquement. On est l'établissement pour peine pour femmes le plus au sud après Marseille, pour les femmes enceintes avec une peine de plus de deux ans. Ici elles ne veulent pas, elles n'aiment pas, parce que c'est la cata pour venir, c'est très compliqué*. ». Il est vrai que j'ai pu expérimenter moi-même le parcours et le temps à accorder rien que pour se rendre à la prison, toujours situé en périphérie de la ville :

Extrait de mon carnet de bord

« Le moment de mon 1er entretien au centre pénitentiaire arrive. RDV à 14h. Eh ben ! Pour une clermontoise non véhiculée, quel parcours du combattant :

- *Prendre le train à 12h18*
- *Découvrir les horaires de bus, arrivée sur place, car indisponible sur internet*
- *Ne pas pouvoir acheter de ticket de bus car la billetterie est fermée entre 12 et 14h*
- *Prendre le bus de 13h11 (sans ticket), et encore, lundi prochain on passe aux horaires de grandes vacances, il faudra prendre le bus à 12h50 ou 14h45.*
- *Arriver au CP à 13h30, mon rendez-vous n'est qu'à 14h.*

[…] Je ressors de ma courte expérience enfermée. Le bus est dans 65 minutes. Je repars à pied, tant pis. »

« Que vous rapportent les femmes sur les relations qu'elles entretiennent avec leurs proches ? *Le truc qui vient c'est : mes enfants me manquent. Je crois que l'histoire de chacune fait qu'elles n'ont pas forcément de contacts réguliers, pas de visite, c'est dur*. »

La distance les éloigne de leurs proches, mais également l'imperméabilité des murs qui ne permet pas de garder contact facilement comme le repère une des sages-femmes : « *le plus dur pour elles c'est la coupure avec leur vie d'avant, parce qu'il y a vraiment une coupure nette, et puis le manque de leur famille, c'est ça qui est le plus difficile à vivre. […] Comme elles n'ont plus de téléphone, elles ne peuvent plus communiquer avec l'extérieur, les seules infos qu'elles peuvent avoir c'est par leur avocat, mais l'avocat n'a pas forcément des nouvelles de la famille* ». Il faut toutefois noter que l'accès au téléphone ne leur est pas limité, si ce n'est par le coût de communication que l'appel engendre, (ce sont les personnes détenues qui émettent l'appel, si elles en sont autorisées, elles ne peuvent recevoir un appel), la communication peut être écoutée et enregistrée, et l'identité du destinataire de l'appel doit être communiqué au chef d'établissement (39). La coupure se vit au quotidien comme dans les moments importants de la vie, et pour montrer à quel point l'incarcération épuise quantitativement et qualitativement le soutien et l'appui que toute personne de leur entourage peut apporter, une des sages-femmes de PMI rapporte : « *Dans la mesure du possible, on passe en maternité, les voir à l'accouchement, on est parfois leur seule visite*. »

À la question « *quels sont, selon vous, les acteurs et les points clefs de la prise en charge de ces femmes ?* », un des surveillants major a répondu : « *Sa famille en premier lieu bien sûr, si elle en a, tant mieux pour elle et tant mieux pour nous* », reconnaissant la place primordiale que doit occuper la famille pendant l'incarcération d'un proche. La présence des proches est en effet une source d'apaisement au sein de la prison, mais c'est surtout un élément important dans la réinsertion : le maintien des liens familiaux diminue le risque de récidive grâce au soutien de l'environnement familial.(40)

4. Détenue de confiance

À la maison d'arrêt, la seule autre personne détenue autorisée à rentrer en quartier nurserie est la détenue de confiance choisie par la mère : « À *l'issue de la grossesse : on trouve, avec la collaboration de la mère, des « détenues de confiance », pour quand la mère doit aller à une activité ou extraction, on lui demande de garder le bébé quelques heures* ». *« Je me rappelle, à un moment donné, il y avait une détenue avec qui elles avaient des contacts, qui était autorisée à venir l'aider, comme on leur impose des contraintes, le ménage à faire dans leur chambre, elle aidait à faire le ménage, pour son linge, pour un tas de choses, et elle était autorisée à venir dans l'espace nurserie pour passer un peu de temps. Donc l'équipe pénitentiaire essayait de préserver ces liens, une fois qu'elles sont isolées.* » Leur permettre d'aller à une audience, devant le juge ou participer à une activité qui se déroule sur le quartier femmes, c'est le rôle théorique de cette personne de confiance, il s'agit bien de garder l'enfant pour que la mère puisse se rendre à ses obligations. La femme signe un formulaire de prise en charge temporaire de l'enfant par une personne détenue, et l'administration pénitentiaire compose avec. Une des puéricultrices manifeste le caractère incomplet de cette décharge : *« Il y a eu cette situation où cette dame a été réentendue au commissariat central, et puis elle a été mise en garde à vue, au commissariat central… La personne de confiance a eu le droit de rentrer en nurserie et de garder son petit garçon, et quand ça s'est passé pour la nuit, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on place l'enfant ou on le laisse à la personne de confiance ? C'est tout un tas de cas de figure qui… On la déménage une nuit dans la nurserie, le petit ça le changera moins et en fait, c'était pas ça la bonne procédure. Il aurait fallu faire une information préoccupante, placer le petit, l'emmener sur le centre de l'enfance, c'est pas dans l'intérêt de l'enfant ça. Mais c'est la bonne procédure ? C'est la procédure légale. Parce que la personne de confiance, elle aurait pété un plomb et aurait fait du mal au petit…* ». Cette prise en charge si pratique soit-elle, n'est pas mise en place dans tous les établissements : « *Ici [au centre de détention], il n'y a pas encore de détenue de confiance pour garder le petit si elle doit s'absenter, ou si elle veut participer à une activité. Là implicitement, comme ça marche bien entre les deux mamans qu'on a, il n'y a pas de souci, on le fait, elles ont confiance entre elles. Mais des fois, c'est pas possible, ça dépend des personnes, les 2 dernières, c'était inimaginable. Si la maman est malade ou doit être hospitalisée, que fait-on du bébé ? Rien que pour une nuit ?* ». Selon la culture de la femme, elle n'acceptera pas toujours de confier son enfant à une autre détenue. Comme le pointe le surveillant major, les procédures ne sont pas toujours établies en avance, et

la personnel apprend à composer avec, « *Donc vous voyez, les points clefs c'est au fur et à mesure des choses qui arrivent, bon ben on va réfléchir à ça…* ».

5. Sous haute surveillance

« La santé devient plus seulement l'affaire des médecins, mais elle se trouve placée sous la responsabilité de chacun dans la vie privée » (41) : En détention, le corps est soumis à la surveillance et au contrôle de la pénitentiaire autant sinon plus qu'à la personne elle-même. Et si le fœtus est présenté comme un individu, un sujet, ses conditions de vie prénatale ne le rendent pas moins vulnérable, et la future mère en lien constant avec lui, est alors reconnue comme responsable de sa santé, et la pénitentiaire garant de son état de bien-être. Une sage-femme de PMI ironise : *« On voulait faire rentrer un ballon, un gros ballon de grossesse, et pour des questions de « sécurité », l'AP n'a pas voulu, si jamais elle tombe du ballon…. Pareil pour le coussin d'allaitement. L'ironie c'est quand le prof de gym a fait rentrer des gros ballons et des cousins pour faire des exercices. C'est tout en négociation. Mais la sécurité c'est le prisme pénitentiaire ».* La surveillance est là pour assurer une sécurité physique de la femme et de son bébé d'une part, mais également celle du personnel qui va graviter autour. Une femme détenue, aussi vulnérable soit-elle, surtout pendant son travail, reste une personne détenue, donc hautement surveillée : « *Pour les détenues dangereuses, on organise une très grosse escorte : 3-4 véhicules, on s'adapte au niveau de dangerosité, au profil pénal : c'est pas la femme en travail qui nous inquiète bien sûr, c'est tout ce qu'il y a autour* ». D'ailleurs tous les rendez-vous médicaux nécessitant une extraction sont pris pour la femme, et ne lui sont pas communiqués en avance, et les rendez-vous pouvant êtres faits à distance par vidéo-conférence sont privilégiés. Le surveillant major nous explique qu'au moment de l'accouchement « l*a femme n'est bien sûr pas attachée ou entravée, mais un personnel est toujours présent avec la femme* », alors que le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous la main de la justice, précise qu'afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues, tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler hors de la présence du personnel pénitentiaire (17).

Le monde extérieur à la pénitentiaire ne répond pas aux normes de surveillance, c'est pourquoi la vigilance se déplace avec les femmes détenues. Une des sages-femmes de

PMI expose : « *Elles se sentent plus en prison quand elles sont en maternité qu'en prison, car en prison, elles peuvent sortir de leur chambre, aller fumer, téléphoner… À la maternité, il y a deux policiers devant la porte, qui les empêchent de sortir fumer, elles ne peuvent pas téléphoner, elles sont contentes des soins, mais il y a beaucoup plus de sécurité à l'hôpital, dans l'aménagement de la chambre, dans ce qu'elles ont dedans… Mais c'est vraiment fort, elles ont toutes dit qu'elles se sentaient plus en prison à la mater'. Et puis à la mater' elles n'ont pas la télé si elles n'ont pas de sous, alors que c'est offert aux indigents à la prison, alors quand elles ont l'habitude d'entendre un bruit de fond toujours, c'est terrible de leur enlever ça, c'est en négociation avec la cadre ça, de leur mettre la télé, elles sont tellement habituées* ». Le document décrivant « la prise en charge d'une patiente détenue lors d'un accouchement ou d'un séjour en maternité » précise aussi le niveau maximum de sécurité auquel le personnel doit prêter attention, jusqu'à faire enlever la serrure de la porte de la salle de bain, utiliser de la vaisselle jetable, utiliser des monitoring sans fil, ôter le téléphone, prévoir la présence d'une personne du personnel pendant la douche de la patiente (le flexible de douche ne pouvant être enlevé), laisser la porte de la chambre entrouverte avec deux fauteuils pour les policiers. La mobilisation humaine qu'engendre cette surveillance par la garde statique pour une personne détenue, participe au court séjour de la femme en maternité. Il faut toutefois relever que les séjours à la maternité ayant eu lieu jusque-là au centre pénitentiaire sont plutôt longs, liés notamment aux addictions que ces femmes peuvent avoir, ou aux pathologies auxquelles elles se retrouvent confrontées.

En plus de la femme détenue, c'est son maternage qui est sous observation dans les suites de couches à la maternité : éduquer les mères aux gestes savants du maternage, sous l'œil expert de l'auxiliaire, avec des gestes techniques établis à partir de théories scientifiques. Elles sont évaluées, moment d'appréhension, pour pouvoir être déclarée « apte à s'occuper seule de son enfant ». Cela créé une ambivalence des femmes vis-à-vis de la prise en charge : d'un côté le soulagement d'avoir de la visite, d'être supportées par des professionnels autre, mais de l'autre elles souffrent d'une pression forte sur leurs comportements maternels (3). Les mères incarcérées tentent d'adopter une conduite maternelle modèle, pour atténuer l'étiquette de « mauvaise mère » de par leur statut de détenue (28). Une puéricultrice illustre l'excès de surveillance que ressentent ces femmes : « *Quand on lui a présenté la maison maternelle, elle nous a dit*

« je ne vais tout de même pas sortir d'une prison pour aller dans une autre », *mais on avait beaucoup d'inquiétudes* ».

6. Un public précarisé

Du côté de la PMI, la femme n'est pas à « surveiller plus », mais plutôt à « soutenir autant » qu'une femme en dehors de la prison : *« On a affaire au même public fragilisé à l'extérieur, la patiente est la même qu'une autre, on vient pour la protection de l'enfant, donc on creuse plus, […] Mais on a tellement de mesures éducatives à l'extérieur, en ville, on a des populations fragilisées, avec des étayages énormes. Des fois, je ne vois pas de différences. »*

À l'intérieur des murs, avec toute l'attention qui lui est apportée, la sage-femme considère que la femme est préservée de la précarité : *« Moi j'ai trouvé qu'elles étaient plutôt protégées par rapport aux conditions de vie à l'extérieur qu'elles avaient »*.

Incarcérer des personnes étrangères dans les prisons françaises ne facilite pas la prise en charge, comme le fait remarquer une des puéricultrices : « *Aramis, c'est l'association qui gère toutes les interventions à domicile dans le Puy-de-Dôme, il est possible qu'ils puissent faire quelque chose, mais il faut que la personne soit allocataire, donc déjà française pour être allocataire, donc là c'était pas le cas… Il y a un certain nombre de critères à remplir* ». Il faut être français pour bénéficier de l'aide, et avoir une nationalité étrangère est un critère de précarité, la CPIP relève à ce propos : **«** *Normalement il y aurait de moins en moins de femmes en nurserie ? – Dans l'idée, mais en fait c'est l'inverse, parce qu'il y a aussi beaucoup de femmes qui viennent de l'étranger et qu'on ne peut pas expulser du territoire français parce qu'elles n'ont pas de logement, donc elles finissent en prison.* »

7. Sous tutelle pénitentiaire

Lors de l'entretien avec le major du quartier femmes, il m'a remis un amas de papiers représentant les nombreuses autorisations et décharges que les femmes signent à leurs arrivée dans le quartier nurserie : « *Chaque fois que je fais quelque chose avec la*

femme ou son bébé, la mère doit être d'accord et je fais signer un papier, pour garder une trace. La mère est sous écrou, le bébé n'est pas détenu, on peut prendre des décisions pour la mère, de tout ordre, mais c'est la mère qui est responsable de son bébé, pas nous. ». Il y a une dépendance quotidienne vis-à-vis des actes de tous les jours, pour lesquels la personne détenue doit passer par une demande écrite pour communiquer avec l'administration pénitentiaire, quand le surveillant ne peut répondre à ses demandes (42). À la maison d'arrêt, les femmes en nurserie disposent du régime « portes ouvertes », ce qui signifie que les portes de leur cellule sont ouvertes entre 7h15 et 11h45, et entre 13h15 et 17h30, les laissant déambuler dans la cour de promenade interne et dans la salle d'activité pendant ces horaires.

La pénitentiaire doit pouvoir répondre aux besoins de la mère : « À *l'extérieur, la mère va facilement gérer, aller voir le voisin, la pharmacie… À l'intérieur, la mère va devoir faire appel à nous. […] Mon rôle est l'organisation de la prise en charge : demander et donner les autorisations d'accès, être averti de ce qu'il se passe pour elle, je m'occupe d'acheter les médicaments, la mère ne fait pas grand-chose, car elle est en prison, donc on le fait pour elle* ». Les femmes de par leur statut de personne détenue sont confrontées à une perte d'autonomie et dépendent complétement du personnel pénitentiaire comme le reconnait la CPIP : « *Donc c'est vrai qu'elles ont assez peu à aller vers, tout vient à elle. Par exemple, je vois, pas toutes hein, mais il y a une grosse perte d'autonomie, sur certains actes du quotidien. Parce qu'elles ne peuvent pas faire les démarches. Le petit va aller à la crèche, mais c'est la crèche qui vient à la maman, les papiers d'admission c'est moi qui les ai faits par exemple, et du coup on les dés-autonomises* ».

Pour une des surveillantes, le confort qui leur est apporté par le statut de mère serait à l'origine de cette perte de capacité : « *Elles se déchargent de toute responsabilité*. - On ne leur laisse pas la place de prendre leur responsabilité ? - *non, elles se déchargent, ça fait un peu petites princesses, on doit leur rappeler ce qu'elles oublient, tout ce qu'elles ont ici, tout ce qu'on leur fournit, elles sont trop cocoonées*. »

Le personnel de la PMI de son côté, se retrouve à avoir le rôle d'intermédiaire pour soutenir les femmes dans leur demande *« à expliquer sans cesse, prendre ce temps-là. Et du coup faire l'intermédiaire, et dire à un moment, « là la demande de la mère, elle est légitime ». C'est pas abusé quoi, quand elle demande un thermomètre pour son petit,*

c'est légitime. Légitimer ou pas certaines demandes ». Les professionnelles extérieures interrogées disent devoir temporiser des deux côtés pour contenter les demandes, les plaintes et les possibles : « *On est là pour demander ses désirs, et après on les confronte à la réalité, la protection qui est mise en place, et on voit ce qu'on peut réellement faire ou pas* ». Beaucoup de prisons aujourd'hui fonctionnent en partenariat avec des entreprises privées pour la gestion des locaux, la fourniture de la nourriture et des équipements. Tout ce qui est commandé pour la prison rentre dans un cahier des charges très précis, et cela peut devenir compliqué de faire rentrer du nouveau matériel pour les enfants, la pénitentiaire n'ayant pas l'habitude de traiter ce genre de demande des professionnels de la petite enfance « *donc on leur a fait passer des listes des jouets à acheter… mais eux c'est pareil, ça passe par une multitude de signatures avant de redescendre* ».

De part cette mise sous tutelle dans leur rôle de mère, les femmes se trouvent limitées dans leurs choix de mère : « *C'est compliqué d'être enceinte en détention, elles ne sont pas chez elles, elles ne peuvent pas manger ce qu'elles veulent, accéder aux produits de soin qu'elles veulent, voir le médecin c'est compliqué* ». Pourtant, le recours à la prévention, et notamment celle normalement exercée par les professionnels de la PMI, plus qu'à l'obligation permet de laisser aux femmes une liberté de choix dans leurs attitudes, tout en accentuant leur responsabilité individuelle (41). « *Mais elles n'ont pas le choix du praticien hospitalier par exemple. Elles ont des cours de sport mais n'ont pas de rééducation du périnée. C'est vrai qu'elles n'ont pas à prendre en charge, anticiper* » reconnait la sage-femme de PMI. C'est toute leur implication qui se retrouve donc amputée.

THÈME II : LA REALITÉ DE LA NURSERIE

1. Choc des cultures

La petite taille des quartiers nurseries mène les femmes à côtoyer toujours les mêmes autres femmes comme nous décrit la sage-femme de PMI « Au CD, i*l y a 4 cellules, elles sont tout le temps ensemble donc quand il y a des communautés différentes, il y a rapidement des conflits, des fois ça n'a rien à voir avec la nurserie,*

mais des histoires de conflits de communauté. On sent tout de suite les tensions quand on arrive. Mais ce sont des femmes qui ne se seraient jamais parlées en dehors, qui ont parfois la barrière de la langue, de la culture, de la religion, qui sont contraintes à se rencontrer tous les jours. Bien sûr, on réfléchit aux communautés pour apaiser les tensions, on cherche à éviter le conflit. ». Dans les bâtiments de la détention, la répartition des personnes dans les cellules peut être longuement réfléchie, mais dans le quartier nurserie, le personnel pénitencier n'a pas grand choix pour éviter les tensions communautaires. À cela s'ajoute les différences culturelles pour élever leurs enfants : « *il y a des conflits en nurserie, et elles se retrouvent encore plus isolées, parce qu'elles côtoient toujours les mêmes personnes, mais elles n'ont pas la même façon de s'occuper de leurs petits…* ». Une des sages-femmes de PMI pointe ce côté inévitable de la situation : « *Elles n'ont plus de contact avec les autres. Mais je pense qu'après c'est très humain, elle fait ci-ça, elle m'énerve… Les sauts d'humeur des unes et des autres, de la cohabitation, par rapport à l'entretien, il y avait quelques tensions. Mais par rapport aux enfants il y avait une certaine solidarité, j'avais ce sentiment-là.* ».

La confrontation des cultures est aussi présente entre le personnel pénitentiaire et les femmes détenues : *« Beaucoup de surveillantes sont mères, donc elles ont tendance à vite juger la façon dont les mamans éduquent leurs enfants. Donc, sur des différences culturelles ça peut vite développer des tensions, et du coup des fois il faut rappeler à tout le monde, que c'était une culture, et qu'il faut respecter la culture des autres…* ». Mais les petites tensions créées peuvent avoir des conséquences, via ce rapport de surveillance, des signalements peuvent être faits : « U*ne femme étrangère n'élève pas de la même manière que dans notre culture, des fois on signale des petites choses, par exemple : on signale que le bébé est trop habillé en été, quand il fait très chaud, mais on apprends beaucoup des autres professionnels, qui nous rappellent que pour une femme qui vient des pays vraiment chauds, cette chaleur n'est rien comparé à chez elle, et c'est pour ça qu'elle habille autant son bébé* ». Les habitudes culturelles sont également notables dans la nourriture, et notamment avec les croyances dans les bienfaits qu'apportent certains aliments, à manger dans certaines circonstances. C'est pourquoi la future mère choisie avec soin son alimentation, en fonction des effets positifs et négatifs supposés sur le fœtus (41). En détention, elles sont soumises à ce que leur fournira le prestataire privé : « *Pour la nourriture, les femmes se plaignent d'être toxo moins, mais la viande n'est jamais cuite, il y a un peu plus de fruits certes, mais*

pour des étrangères ce n'est pas forcément la manière de manger, j'en ai vu qui ne mangeaient rien de ce qu'on leur servait, et elles dépérissaient… Mais si elles ont de l'argent, elles peuvent commander pour cuisiner. Mais si elles veulent commander un steak, ils arrivent par dix, et elles n'ont pas de congel' ».

2. Promiscuité H24

Revenir de la maternité avec son enfant, c'est revenir à deux, et rester dans un tête-à-tête incessant : *« Forcément se retrouver du jour au lendemain, H24 avec leur petit dans le long couloir, c'est difficile aussi. Elles ne peuvent jamais aller prendre l'air, ou le confier à quelqu'un. Il faut attendre 3 mois pour que le petit aille à la crèche une journée par semaine* ». La CPIP expose le changement de statut de « femme détenue » à « mère », la femme garde ce nouveau rôle, sans pouvoir passer le relais : *« Après elles sont aussi en symbiose avec les petits, bon maintenant il y a un peu de l'extérieur qui vient, mais globalement elles n'ont pas leur famille, pas leur tante, pour l'instant on avait que des mamans qui gardaient énormément leur petit, qui ne les faisaient pas forcément sortir. […] Elles sont très isolées quelque part avec le petit, c'est du h24. Elle se lève le matin, elle s'occupe du bébé, elle se couche le soir, elle s'occupe du bébé. Dans la journée elles ne font que ça. Et à la fois, la détention les ramène à une autre identité que leur rôle de mère, et à la fois la nurserie les cantonne à leur rôle de mère. Et du coup l'existence d'être femme ou l'existence d'autre chose… Elles ne sont que ça, elles ne font que « ça » toute la journée* ».

Dans certaines situations, la proximité avec l'enfant, et cette « prise en charge carcérale » est soutenante pour la création du lien mère-enfant comme nous le démontre la puéricultrice : « *l'autre maman avec qui ça se passait bien, elle avait d'autres enfants placés à l'ASE [Aide Sociale à l'Enfance], alors sur le papier on aurait pu être plus inquiètes sur le lien, mais cette maman il n'y a pas eu de problème de création du lien. Je me dis que peut-être, comme elle a été incarcérée, et qu'elle avait que son fils à s'occuper, et que ça, peut être ça a été aidant, on ne sait pas, et on ne saura jamais*. » Cela s'explique également par le fait que la prison atténue l'impact des menaces extérieures liées à la précarité, créant ainsi l'opportunité de créer ce lien (43). La qualité du soin apporté peut contribuer à ce que ces mères et ces enfants vivent une « intimité presque meilleur » comme le décrit Françoise Dolto (44).

3. Fourniture pour le bébé et développement de l'enfant

Au quartier nurserie, des efforts sont faits pour améliorer le bien-être des enfants, l'aménagement des cellules est décrit dans la circulaire et des écarts à norme sécuritaire sont nécessaires pour les besoins de cette personne non détenue. Le surveillant major explique : « *La cellule est plus grande, il y a un lit bébé. La cellule est adaptée avec un coin pour faire le bain du bébé. La taille de la cellule est une fois et demie plus grande qu'une cellule classique. Mais il a fallu aménager et s'adapter aux besoins du bébé : par exemple les rideaux aux fenêtres : les cellules classiques n'en ont pas, mais le bébé a besoin de pénombre. Mais ça peut prendre deux semaines pour aménager le confort du bébé. Dehors on ne discuterait même pas de la pose de rideaux, là c'était la demande d'une mère, on a dû acheter, puis vérifier le côté sécuritaire des rideaux par rapports aux fils, les petits problèmes anodins deviennent tout de suite de gros soucis*. ».

À leur arrivée, un kit de linges et produits d'hygiène et d'entretien leur sont remis, un kit d'hygiène mensuel et un kit de vêtements pour l'enfant sont également fournis. Le personnel qui les accompagne tous les jours perçoit leurs plaintes : « *De mon point de vue, il n'y a pas de quoi se plaindre. Pourtant, même quand c'est neuf on avait des réflexions* « c'est de la merde »*, certaines sont très exigeantes, elles ne se rendent pas compte de tout ce qui est fourni pour elles* ».

Ce sont les professionnel·le·s de santé qui peuvent dénoncer les incohérences pour améliorer la prise en charge du couple mère-enfant : *« Elles ne se plaignaient pas de leurs conditions d'incarcérations, parce qu'au CP c'est quand même des conditions très favorables, les chambres sont neuves, elles ont tout ce qu'il faut…[…] il y a un espace extérieur de jeux, les enfants sont accueillis en prison jusqu'à 18 mois, il y a un tobogan. Il a des jeux à bascule sur ressort. Ça a été pensé par des gens bienpensants, qui n'y connaissent rien. Il a fallu dire :* « ah ben non, il faut plus des hochets, des tapis pour les poser par terre, des transats, des thermomètres, qu'elles aient chacun le leur, parce que quand les cellules sont fermées, elles ne peuvent pas se les passer. » *Les choses pratiques du quotidien quoi. Voilà maintenant il y a des jeux, même si ce n'est*

pas complètement adapté ça le devient ». Il est important de relever les efforts et les améliorations du quartier nurserie qui sont faits au fil du temps.

Une autre puéricultrice expose aussi : « *Ce qui reste très compliqué, c'est l'alimentation parce que c'est une société privée qui prépare les repas. Hier, le petit de 5 mois, la dernière fois que le médecin est venu il a dit : «* on commence la diversification fruits et légumes *», et quand on est arrivé il n'y avait que des compotes et des crèmes au chocolat. Donc, il y a de quoi s'arracher les cheveux. Oui alors pour que ça puisse passer, le médecin fait une prescription, et on a 200 pots d'haricots verts. Ça c'est le problème. L'alimentation, c'est quelque chose qui va revenir à chaque fois. La maman hier, je pense qu'elle n'avait pas de lait pour aller jusqu'à ce matin. Pour eux c'est extrêmement compliqué, ça a été pensé sur quelque chose de très théorique, il y a quand même des choses. Les plats, ce sont des petits pots tout prêts. Il avait été question qu'elles puissent cuisiner, elles ont eu des casseroles, mais elles n'ont jamais eu de légumes. Mais si elles demandent des courgettes on leur envoi 1kg de courgette, donc alors il faudrait prévoir un congélateur ou alors de quoi les mixer… Des choses qui nous paraissent simple, mais quand on est en prison, ça devient tout de suite très compliqué. Il y a les deux cellules, un couloir, avec au bout un espace où est stocké le matériel de puériculture, des vêtements, ensuite il y a une cuisine, ensuite il y a une grande salle qui est un espace de jeux qui donne sur l'espace extérieur. Il y a de quoi faire, mais s'il n'y a pas les légumes pour cuisiner…* »

Au-delà de l'aspect matériel qui est fourni pour le bon développement de l'enfant, c'est le côté psychomoteur qui interpelle les professionnel·le·s : « *Les enfants n'ont jamais vu un marché, une place de village, pas trop d'hommes, à part le major* », la cour de promenade permet certes aux mères de sortir avec leur enfant, mais ne les laisse pas poser leur regard sur l'extérieur, l'horizon ne leur est pas accessible. La CPIP travaille à ce que ces contraintes soient le moins marquées possible : « *Il y a le CAMSP qui vient, avec un psychomotricien et un chien, pour faire du développement avec les petits, parce que c'est vrai qu'ils vivent dans un environnement intérieur, et c'est pas très grand la nurserie, donc ça reste un environnement clos* ».

Cet environnement fermé accentue la contiguïté : là où la circulaire stipule qu'une séparation de l'espace de vie de la mère et de l'enfant est une des conditions minimales d'accueil de l'enfant, on retrouve le lit de l'enfant juste en dessous de la

télévision. Celle-ci reste allumée durant de longues heures, seule évasion pour la mère, pendant les moments d'enfermement (28). De plus, des difficultés intrinsèques à la vie en détention sont à mettre en avant dans le développement sensoriel d'un enfant : le bruit permanent des autres personnes détenues, des cris qui resonnent dans les longs couloirs et qui se répercutent contre les murs, des cliquetis des verrous, des portes métalliques, des fouilles des cellules avec la vérification des barreaux (4).

La CPIP défend l'idée que l'environnement de l'enfant joue un grand rôle dans son développement dès les premiers instants, et pour ne pas ajouter un stress supplémentaire elle tient à lui communiquer son attention : « *je me présente au bébé. Je ne sais plus qui m'en avait parlé, peut-être les psys du service, mais quand j'arrive, je me présente :* « bonjour, je m'appelle C, je travaille avec ta maman, on va parler des fois de choses pas drôles, tu n'es pas obligé d'écouter, tu peux faire la sieste pendant qu'on discute toute les deux » *voilà.* ».

Une puéricultrice suggère : « *Il faut vraiment travailler la sociabilisation avec l'extérieur. On a pensé qu'une éducatrice des jeunes enfants rentre des jeux, c'est moins le côté sanitaire* ». Plusieurs ateliers sont mis en place dans la limite du faisable, car vaut-il mieux faire sortir l'enfant pour qu'il puisse découvrir la vie extérieur, mais alors comment, avec qui, par quels moyens ? Ou faut-il faire venir à l'intérieur des intervenants dans un souci de faisabilité, et pour que la mère assiste et participe à la découverte et au développement de son enfant ?

4. Liens mère-enfant

Les angoisses et la rupture dans les contacts avec le géniteur de l'enfant, peuvent empêcher le processus de maternalité et entraver les interactions précoces mère-bébé. Daniel Marcelli parle même d'un travail de deuil-séparation auquel la mère est brutalement confrontée, qui serait un facteur de risque majeur de dépression péri et post natal. Après la période d'émerveillement, elle perdra le contact du regard avec son bébé, et s'opère alors un processus de désengagement, qui se trouve être disharmonieux. L'importance du regard dans la relation mère-bébé n'est plus à démontrer, et est un des

signaux les plus importants dans la construction de cette relation (45), une puéricultrice raconte : « R*apidement on a vu que le petit n'accrochait pas le regard de sa mère, au niveau du portage, tout ça. C'est que des professionnels qui peuvent le repérer* ». Jacqueline Nadel et Catherine Tourette ont étudié ce phénomène, et décrivent ce désengagement comme une situation où la dyade n'est pas en interaction, mais absente l'un à l'autre, ou au contraire : engagé mais aimanté, avec désengagement impossible (45). C'est par la connaissance de ce phénomène que la puéricultrice est alertée : *« Il y a un moment il faut faire des choix. Il faut être très vigilant, il y a des enfants, est-ce que pour autant ils sont en danger s'ils dorment avec leur mère ? Par contre celui où il y a un vrai problème de création du lien, on était plus inquiètes… il faut être plus vigilantes quand ça peut vraiment affecter le développement de l'enfant* ».

Le père ne pouvant assurer le relais ou s'interposer dans cette relation fusionnelle, une autre personne doit le faire pour que la dyade maman-bébé ne tombe pas dans une fusion pathologique. L'intervention des soignants tente de restaurer une situation triangulaire nécessaire au développement psychique du bébé et à l'équilibre mental de la mère (28). L'enfant trouvera la sociabilisation nécessaire à son développement en sortant de la prison régulièrement. Si la famille n'est pas présente pour pouvoir le sortir, il faut mettre en place les sorties à la crèche, c'est la CPIP qui gère cela au centre de détention : « *avec la crèche, c'est assez peu c'est deux demi-journées par semaine je crois. Donc là il y en a qu'une seule qui y va, la crèche vient le chercher, et le ramène le soir. Et la maman peut participer à d'autres activités en attendant. Donc le petit a un temps d'éveil avec le personnel formé à la petite enfance, et la maman a du temps pour faire un temps en détention, elle peut sortir de la nurserie, rencontrer d'autres personnes. C'est important de prendre un peu de distance des fois, pour la création du lien mère-enfant* ».

Il est difficile pour le père de trouver sa place, il peut être libre, détenu ou résident à l'étranger, et peut théoriquement assister à l'accouchement, avec l'autorisation du juge. A propos de la filiation paternelle : « *[L'AP a] l'obligation d'informer le père où qu'il soit, sur autorisation de la mère, la mère remplit les papiers pour savoir qui elle veut comme personne de confiance. Ensuite le SPIP s'occupe de tout* ». En effet, le CPIP doit s'assurer du statut juridique de l'enfant au regard de l'autorité parentale. Si la filiation paternelle peut se faire, le père doit être informé de l'accueil de son enfant en milieu carcéral. S'il s'oppose à la décision de la mère à garder

l'enfant auprès d'elle, en attente d'une décision judiciaire, c'est la décision de la mère qui s'impose (22). On constate qu'il n'y a pas de possibilité pour le père détenu de garder son enfant auprès de lui.

La création du lien mère-enfant passe également par l'allaitement maternel, et la durée du séjour de 18 mois accordée à l'enfant prend aussi sens pour qu'il puisse profiter des bienfaits du lait maternel. Là où un tire-lait est d'office à disposition en nurserie, il est parfois obtenu grâce aux professionnel·le·s après une longue négociation. L'allaitement maternel est peut être davantage soutenu dans les établissements pénitentiaires où le lait n'est pas fourni, il est pourtant vecteur de construction d'un lien fort et bénéfique entre la mère et son enfant (46).

5. Départ de l'enfant

Au centre de détention, le départ de l'enfant est préparé à différents niveaux par tous les professionnel·le·s mais c'est la CPIP qui s'occupe de le préparer administrativement : « *Moi je n'ai jamais eu de bébé qui ont 18 mois, si jamais la mère devait rester, elle espère sortir en aménagement. Mais si jamais elle devait rester, qu'est-ce qu'elle envisage pour le bébé : est-ce qu'il va aller en crèche ? Est-ce qu'elle le garde, est-ce qu'il sort dans sa famille ? Chez le papa ? En alternance ? On a commencé à poser la question tout doucement, et ce n'est pas allé plus loin pour l'instant* ». Il est en effet possible à titre exceptionnel, selon le code de procédure pénale, d'obtenir une dérogation pour prolonger de six mois la présence de l'enfant auprès de sa mère, sa présence est autorisée par le directeur régional des services pénitentiaire après avis d'une commission consultative.

Afin que la séparation s'inscrive de façon constructive au processus de développement de l'enfant après une période de fusion forcée, les soignants veillent à ce que celle-ci ne soit pas vécue comme une rupture ou un déchirement venant raviver les angoisses d'abandon des mères incarcérées (28) : « *L'autre bébé de début mars, la question ne se pose pas encore mais quand le bébé va avoir un an ce sera une question que je commencerai à aborder si je vois que la sortie se profile pas. Parce que si la sortie se profile, c'est pas la peine d'en parler. Sinon il faudra clairement commencer à en parler. Mais je pense commencer à leur expliquer le cadre clairement, puis ensuite*

les mettre en lien avec un psychologue, ou l'ASE, si c'est des placements, si c'est la famille… La question est moins douloureuse si c'est la famille qui va récupérer l'enfant. Si c'est une maman qui n'a pas de famille, ce sera l'ASE. Dans l'idéal, j'aimerais bien qu'on puisse le faire progressivement, pour éviter l'arrachement ». Le cadre est posé petit à petit, des sorties progressives sont mises en place avant la sortie définitive, ce qui permet un travail autour de la séparation auprès de la mère et de l'enfant.

6. La stigmatisation de la mauvaise mère

Comme évoqué précédemment, notre société est encore marquée par des conceptions patriarcales, et ne laisse pas de place aux femmes délinquantes puisque celles-ci ne correspondent pas à l'image douce et sage qui est traditionnellement attribuée au sexe féminin (10). La femme condamnée fait l'objet d'une profonde désapprobation sociale et sa déviance est sanctionnée pour avoir enfreint les lois de la société, et pour être sortie du rôle traditionnel d'épouse et de mère. Une surveillante illustre cette stigmatisation : « Souhaiteriez-vous jouer un plus grand rôle auprès de ces femmes ? - *Je n'ai pas une vision très positive de ces femmes, je ne suis pas à l'aise avec l'idée des enfants en détention, donc je garde mes distances* ». Est-ce cette déviance qui dérange et qui fascine autant ? Une des sages-femmes de PMI manifestait son agacement face à l'engouement du sujet d'étude de la prison en ce moment.

Cette considération de la femme qui sort de son rôle typique pourrait également expliquer les visites moindres qu'elle reçoit, parfois par son propre choix. Certaines ont en effet la volonté de ne pas faire du mal à leurs enfants en offrant une vision d'elle particulière. Les parloirs sont des milieux hostiles pour les enfants qui peuvent les effrayer et ternir leurs retrouvailles avec leurs mères (47). Et c'est dans ce sens qu'elles doivent investir la relation avec leurs enfants différemment.

THÈME III : LE RÔLE DES PROFESSIONNEL·LE·S

1. Le personnel surveillant

Le personnel surveillant, essentiellement féminin mis-à-part le surveillant gradé, est le premier contact des femmes détenues. Un contact quotidien est nécessaire pour assurer leurs missions : « *Je les vois tous les jours. La mère est sous notre responsabilité, et la consigne est que le bébé soit bien élevé, donc on s'assure que le bébé va bien, que la mère va bien et on informe le personnel de la PMI au besoin* ». Le personnel surveille la mère, et observe le bébé : « *En prison on est « chez nous », on peut et on doit aller voir ce qu'il se passe pour signaler quand ça va ou pas. On signale : si la mère va pas bien, je gère, si c'est le bébé qui ne va pas bien, c'est les puéricultrices qui viennent à la demande, ou l'ASE, le procureur ou le service judiciaire* ». Ce n'est pas dans les missions habituelles du surveillant pénitencier de veiller au bien-être d'un enfant. Les « matons » se rangent du côté judiciaire, qui maitrisent et emprisonnent, et la tâche de confronter un bébé à un gardien devient antinomique, comme l'exprime une surveillante : *« Nous la nurserie ce n'est pas nos compétences. On a le côté « méchant », des gardiens qui gardent la maman, on est au bout, on ne peut rien faire de plus. Il faut être en cohérence avec nos missions, mais au moment de nos concours et formations, on n'est pas prêtes à garder les femmes enceintes et leurs bébés. »*

L'architecture des nouveaux établissements pénitentiaire est réfléchie de telle sorte à limiter les croisements et les échanges entre personnes détenues, par des séparations murales et des dispositifs techniques. Les vitres sans tain sont le meilleur exemple pour illustrer l'opposition aux contacts directs avec les surveillants (42). Cependant, le personnel pénitentiaire veille à aller voir les femmes en nurserie le plus régulièrement possible : *« on a dans notre mission de garder des relations assez limitées, car on n'est pas dans l'échange. Avec les futures mères, isolées en nurserie, on va aller au-devant d'elles pour s'assurer qu'elles aillent bien, pour que la nurserie marche bien, sinon on s'expose à des difficultés* ». Et dans ces échanges réguliers, en tant qu'interlocutrices privilégiées, les surveillantes se reconnaissent un certain rôle d'écoute : *« Je les côtoyais par le biais des activités dans un cadre positif, donc je dirai un rôle d'écoute, comme toutes les surveillantes. Je surveillais le secteur activité, pour faire en sorte qu'elle ne croisent personne, surtout le bébé pendant le croisement des activités. »*. Elles deviennent même un repère lorsque les femmes sortent de l'institution pénitentiaire : « *Pour les trois accouchements que l'on a eu ici, il n'y avait pas de famille avec la*

femme, pas de mari, donc la surveillante restait dans la pièce à la demande de la femme, mais c'est pas obligatoire, ça peut être seulement devant la porte sinon. Mais 9 fois sur 10, elles demandent une surveillante, comme soutien ».

Entre échange, écoute, et mission de surveillance, la limite peut rapidement devenir floue, mais il faut savoir garder une juste distance pour accompagner ces mères isolées en assurant le reste des missions : « *Les surveillantes sont soit des jeunes mères qui donneront des petits conseils, mais il faut faire attention qu'elles ne dépassent pas le cadre, car la relation s'installe vit*e. ».

Le surveillant gradé veille lui à ce que la nurserie fonctionne correctement, et assure un rôle d'intendant pour cela : « *Mon rôle c'est aussi appeler l'ambulance pour l'hôpital, prendre les rendez-vous médicaux de l'enfant, assurer le règlement* ».

2. La PMI

Le personnel de la PMI a un rôle primordial dans l'accompagnement de ces femmes isolées. Il y aura pendant la grossesse l'intervention de la sage-femme, puis le relais sera pris après l'accouchement par les puéricultrices et le médecin. L'intervention de la PMI permet de rencontrer les femmes avec une connaissance médicale, et une expertise dans les situations plus à risque pour le lien mère-enfant.

Pendant la grossesse, tout tourne autour du bébé, la femme a une place en nurserie par rapport au bébé, les intervenant·e·s accordent prioritairement leur intérêt au bébé. Il semble important de porter une considération particulière à la femme également. La transparence psychique de la grossesse peut faire ressortir spontanément des souvenirs douloureux oubliés. Ces souvenirs potentiellement pathogènes vont survenir de façon authentique, et le suivi régulier permet de canaliser cette décharge émotionnelle du passé difficile, afin de favoriser une grande disponibilité envers leur enfant à naître (28). Une sage-femme définit donc : « *Mon rôle c'est plutôt d'essayer de les accompagner au mieux, le temps de l'incarcération, qu'elles aient aussi un interlocuteur, puisqu'elles savaient que je faisais le lien entre l'hôpital et elles, elles avaient une interlocutrice qui pouvait relayer leurs difficultés… Après quand elles arrivent à l'hôpital que l'équipe les connaît un peu, qu'elle soit attentive à ce qu'elles vivent, c'est pas toujours facile…*

Pendant la grossesse, d'avoir des petits temps pour que la mère puisse penser à son bébé, quand on vient dans leur chambre quand elles sont incarcérées, le moment il n'est consacré que à ça, donc on essaye de les recentrer sur leurs sensations corporelles, sur l'arrivée de ce bébé, pour que psychiquement, le travail se fasse quand même, comme ce n'est pas leur préoccupation primaire en général ». L'anténatal est une période importante pour laisser de la place à cette grossesse qui s'installe, imaginer son bébé, observer et vivre les changements qui s'opèrent, attendre son enfant, et lui transmettre qu'il est attendu. Ces moments sont les prémices de la construction du lien mère-enfant. La sage-femme prépare les femmes à ces changements, à ce qu'elles vont vivre, ce qu'il va se passer, anticiper l'après, envisager des solutions : « *Donc on y va pour leur expliquer qui va les accompagner, qui elles vont rencontrer, qu'est-ce qu'elles vont devoir préparer pour leur bébé, qu'est ce qu'on peut leur apporter, est ce qu'elles ont des ressources, tout est compliqué, est ce que le bébé va être reconnu par le père ? Qu'est ce qui est envisagé pour la suite ? Est-ce qu'elle a prévu un mode de garde, la famille peut-elle venir le chercher ? La question de la séparation est abordée en anténatal* ». Dans ces établissements pénitentiaires, on ne parle pas ouvertement de « préparation à la naissance » en tant que telle, mais la préparation se fait à chaque rencontre, dans le fait de prendre la femme dans sa singularité et en s'adaptant : « *on prépare le moment en leur expliquant ce qui va se passer, le fait qu'elles ne seront pas menottées par exemple, mais on ne fait pas des exercices de relaxation… Quand on voit que la consultation anesthésiste est réalisée en visio-conférence… On leur explique, c'est ça qui va se passer. La préparation c'est aussi dans le fait de l'entourer. Mais de toute façon c'est individualisé, elles n'ont pas toutes le même passé, ce ne serait pas imaginable de faire de la prépa collective.* »

À la maison d'arrêt, une sage-femme a des vacations au sein de l'unité sanitaire, cela permet de faire un lien supplémentaire entre la PMI et les professionnel·le·s de l'unité sanitaire et de l'administration pénitentiaire. Elle permet également de palier un peu plus à l'absence qui peut se faire sentir auprès de ces femmes, et favorise un suivi de grossesse adapté à chacune. Cette vacation n'est pas mise en place dans toutes les unités sanitaires, mais avoir une sage-femme parmi les membres de l'US est une chance pour les femmes incarcérées.

Les infirmières puéricultrices décrivent très bien la mission de prévention primaire à laquelle la PMI répond : « *notre rôle c'est soit du soutien, soit le coté*

purement médical : développement de l'enfant, vaccination… Médical et prévention, et pas médical curatif, ça pose d'ailleurs beaucoup de problèmes à la prison quand les enfants sont malades ». Là encore, la place du soignant et du soigné est inversée dans la demande de soins, puisque ce sont les professionnel·le·s qui convoquent et vont voir les patient·e·s (48). « *On y va en fait avec deux missions différentes : dans le cadre de consultations conjointes avec le médecin, comme on ferait une consultation médicale ici, où on va avoir la partie puériculture, sommeil, staturo-pondéral… Tout cet aspect-là. Donc on y va une fois par mois. Et puis l'autre, on y était aussi pour soutenir la maman, parce que c'est difficile, c'est des dames qui ont déjà des enfants, à l'extérieur, qu'elles ne voient pas... Alors je ne sais pas quelle est la part de l'enfermement, et puis le fait de ne pas voir les enfants. Je ne sais pas ce qui est le plus important dans leur mauvais état psychique* ». Les femmes cherchent du soutien et de l'empathie auprès des professionnel·le·s et font part des relations parfois conflictuelles qu'elles maintiennent avec les surveillantes, c'est pourquoi les professionnel·le·s de PMI tâchent d'apporter une écoute bienveillante (4) : « *On est dans le conseil, l'observation, l'écoute, soutenir, soutenir au sens de Winnicott, comme une maman à l'extérieur* » .

Il semble important parfois de porter l'attention des mères aux besoins de leur enfant, afin qu'il retrouve sa place d'enfant, et les femmes, leurs rôles de mères « *L'enfant semble vraiment être le pansement, en tout cas la béquille, enfin pas à sa place d'enfant en tout cas. Il est là, pas pour réparer quelque chose chez les parents, mais avec une attente de la part des mères* ». C'est pourquoi dans le processus de création du lien mère-enfant, les professionnel·le·s de PMI ont un rôle important : « *Mais oui c'est du soutien, et pour essayer de montrer un peu ce dont les enfants ont besoin, et pas seulement ce dont elles, elles ont besoin de leurs enfants* ». De plus, les puéricultrices prennent soin de conforter la femme sur son aptitude à prendre soin de son enfant : « *C'est amener des supports facilitateurs, soutenir, le massage par exemple, c'est un bon outil, passer du temps, valoriser cette maman, voilà. La rassurer sur ses compétences. C'est aussi montrer aux mamans qu'avec un minimum d'organisation et aussi un minimum de matériel on peut faire des choses.* »

Une puéricultrice conclut simplement à propos de son travail quand elle vient en détention : « *Notre rôle, c'est le même qu'à l'extérieur, je ne pense pas qu'il faille avoir des objectifs différents par rapport à l'enfant, après c'est le contexte qui est très différent. Mais nos missions restent les mêmes*. »

3. CPIP : Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

Le rôle du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation est indispensable pour que la femme puisse imaginer un après, se projeter, et donc tenir en détention. La conseillère rencontrée le définit comme tel : « *Il est multiple et il est assez vaste : en plus de la personne détenue, il y a le maintien du lien avec la famille à l'extérieur, préparation de la sortie, aménagement de peine, prévention et dans l'idéal travail du passage à l'acte. C'est faire les démarches sociales : les rattachements Sécu, rattachement CAF, le lien avec les partenaires : la PMI* ». La CPIP connait bien son public : *« si j'y vais tous les 15 jours, ça me permet moi aussi de mieux gérer la liste de problèmes qu'il pourrait y avoir»*, ce qui lui permet d'amorcer « l'après » : « *On travaille avec la PJJ (la Protection Judiciaire de la Jeunesse), parce qu'il y a un suivi, ou avec une structure d'hébergement, c'est pas encore défini, mais si un suivi se met en place, de voir avec les éducatrices des structures d'accueil, pour accompagner la dame à l'extérieur, d'accompagner la dame dans son lien avec la petite, comment faire la transition, entre l'intérieur très paradoxale, à la fois très violent, mais aussi très cocooning* ».

La CPIP essaye de faire sortir progressivement les enfants, en négociant des places en crèches, mais fait également rentrer des intervenants extérieurs auprès des femmes incarcérées : « *Il y a le CAMSP qui vient, […] la sophrologue qui va venir faire quatre séances sur des respirations, pour la maman avec les bébés, faire de la relaxation, sentir le corps, tout ça, et la dernière activité mise en place, ma préférée, comme c'est moi qui l'ai trouvée, c'est le sport maman-bébé* ». Les autres intervenant·e·s le reconnaissent : « *Mais c'est vrai qu'ici, c'est une prison assez novatrice je crois, où ils essayent d'ouvrir beaucoup sur l'extérieur, avec beaucoup d'intervenants, pour qu'il y ait une réinsertion beaucoup plus facile* ».

La CPIP joue, dans l'ombre, un rôle important dans la création du lien mère-enfant, et pour matérialiser cela, elle a mis en place, au centre de détention, la possibilité de développer des photos de la femme enceinte, et de l'enfant qui grandit, même si la logique de l'administration pénitentiaire fait que ce n'est pas toujours évident : « *c'est moi qui essaye de les faire imprimer mais pour l'instant c'est très très compliqué car on*

vient de changer de procédure. Avec une des mamans on en a plusieurs, et j'arrive pas à les faire imprimer. Normalement le CD a un accord avec un photographe, donc on peut les commander et les faire imprimer… Mais c'est la bagarre, j'ai des photos, le petit il va avoir deux mois, on les a faites quand le petit est revenu de la maternité… C'est aussi pour pouvoir les envoyer à la famille ».

Ce rôle attentionné au sein de la prison doit également se prémunir de limites afin de ne pas mélanger toutes les missions : « *Mais c'est compliqué, je ne peux pas avoir trop de casquettes, sinon c'est difficile de voir plusieurs professionnels, si deux jours avant j'ai joué avec les petits, et là je viens gueuler parce qu'il y a un problème sur les factures, ça m'est déjà arrivé. Et au final, c'est confondre un peu les genres, et ça peut devenir compliqué aussi bien pour elles que pour moi.* ».

4. Importance de la pluridisciplinarité

Une des questions pendant l'entretien visait à percevoir les relations entre les différents corps intervenants et les différentes équipes : « *Les relations entre PMI et l'AP ont été vraiment très agréables car ce sont eux [l'AP] qui nous ont sollicités pour qu'on intervienne, et ils ont mis tous leurs moyens à notre disposition pour vraiment adapter à notre fonctionnement* ». Chaque corps de métier travaille en bonne intelligence pour que cette nurserie puisse accueillir le mieux possible quand la situation est nécessaire : « *Je pense qu'on a des fonctionnements tellement éloignés les uns des autres, ça nous parait compliqué, c'est adapté à leur fonctionnement, comme on a pas du tout le même formatage. Mais on est de formation éloignée, il y a un tel décalage, ça peut être compliqué, mais aujourd'hui je ne dirai pas que c'est compliqué, à part pour l'alimentation, mais on ne les tient pas pour responsables…* ».

La CPIP pointe l'importance de multiplier et diversifier les interventions, pour pouvoir se relayer, et apporter autre chose que le côté médical et pénitentiaire : « *Il faudrait beaucoup plus de professionnels, beaucoup plus divers. Là c'est beaucoup AP et médical.* […] *Il faudrait soutenir ces mères plus avec des éducatrices ou d'autres personnes, essayer d'y aller tous les quinze jours. Il faut impulser des choses* ». Cependant, l'absence de cohésion entre les différents intervenants ne pourra que fragiliser l'équilibre précaire de la cohabitation entre le couple mère-enfant et le monde

carcéral. Il doit y avoir la volonté de collaboration et de mise en commun des spécificités de chacun pour pouvoir proposer un projet cohérent pour ces mères et ces enfants (28). Ainsi, des synthèses cliniques mensuelles sont organisées pour échanger des observations concernant l'état de la mère, de l'enfant et de la qualité du lien : « *On a une CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique. Alors quand une femme arrive, le chef d'établissement prévient la PMI, le Conseil Général, l'inspecteur de protection des personnes, la crèches, le CAMPS (Centre d'Action Médico Social Précoce) on mutualise les informations, ça permet de les croiser, avoir la vision la plus intéressante du cas. On peut avoir d'autres réunions ensuite. Ou alors la CPU se rencontre pour une thématique précise : l'idée de retirer l'enfant par exemple. Cette commission, en fait, sert à coordonner les relations avec les intervenants extérieurs, on est la personne ressource à l'établissement pour les personnes extérieures quand elles parlent d'une détenue* ». Ces réunions de concertation pluridisciplinaire paraissent essentielles afin de ne pas agir sur une seule impression ; à plusieurs, il est plus facile de désigner quelle serait la personne la mieux placée parmi celles qui en parlent pour agir. La prévention nécessite une réflexion collective des équipes qui y contribuent (45). Et parfois, une structure extérieure et neutre est nécessaire : « *on avait évoqué une possibilité d'accueil en crèche en structure extérieure, mais se posait la question de l'accompagnant de l'enfant. C'est pas la maman qui allait le faire, c'est pas les gardiens de prison non plus, et c'est pas nous. Donc qui pouvait faire ce genre de chose ? Donc Aramis* » .

Au quotidien, de nombreuses mesures instaurées permettent de faire le lien entre les professionnel·le·s : un cahier de liaison a été mis en place pour faciliter les transmissions entre les différentes équipes qui interviennent, que ce soit le personnel de l'unité sanitaire qui, en se déplaçant dans les cellules pour distribuer les traitements, a un regard sur l'enfant, ou les membres de la PMI. Des staffs sont régulièrement organisés pour assurer une communication optimale. C'est aussi par ces concertations régulières que la pénitentiaire peut comprendre le fonctionnement de l'équipe soignante, et ainsi entrer dans une relation de confiance entre professionnel·le·s.

Une des puéricultrices résumait très bien ce travail en équipe pluridisciplinaire indispensable : « *quel que soit le professionnel, on n'est qu'un maillon* ».

5. Instaurer un dialogue de confiance

Une relation de confiance, via un suivi régulier et consistant, doit pouvoir se construire avec les professionnel·le·s pour l'instauration d'un lien mère-enfant de qualité (45), comme nous le rapporte une sage-femme « *Ce qui est intéressant c'est quand on les voit le dernier trimestre, quand on sait qu'elles vont rester là, qu'elles risquent de retourner avec le bébé, d'avoir un vrai lien, et pour les femmes, et pour moi et les puéricultrices. Parce que si on veut que le travail, justement sur l'instauration du lien mère-enfant se fasse, il faut qu'il y ait une continuité quand même* ». Ce lien de confiance permet en effet de casser l'inhibition des compétences parentales, et de favoriser la découverte d'un monde perçu comme dangereux.

Thomas Szasz et Mark Hollander décrivent plusieurs modèles d'interaction dans la relation qu'un·e patient·e a avec le ou la professionnel·le qui le suit : le modèle de coopération ou le modèle d'activité-passivité visible surtout si les normes ou les cultures sont très éloignées (41). Si les rôles ne sont pas clairement définis et que plusieurs personnes interviennent sur le même champ d'actions, cela peut créer de la confusion : les patientes vont se laisser porter sans jamais s'investir, une sage-femme de PMI aurai voulu « *Faire du global dans la prise en charge, parce que, des fois elles ne comprenaient pas bien, une sage-femme qui les suit à l'US, et une sage-femme qui les suit dans leur chambre… voilà elles s'étaient confiées à une, elles n'avaient pas envie de raconter tout ça à l'autre* ».

La relation de confiance est sans cesse réévaluée, c'est un processus, la confiance n'est jamais acquise et doit être sans cesse réactivée par la démonstration des compétences du professionnel, et la patiente peut perdre confiance dans le professionnel parce qu'il n'a pas donné la réponse souhaitée ; c'est aussi ce que nous rapporte le surveillant major : « *Mais c'est pour ça qu'il faut un échange continuel, tous les jours, pour instaurer un dialogue de confiance* ». La confiance c'est « la foi en », le sentiment de sécurité repose sur les connaissances de l'expert, pas sa personne. Et l'enjeu de la confiance se déplace du bien-être de la patiente elle-même au futur bébé, ce n'est pas pour guérir, mais assurer le bon déroulement de la grossesse. Pour Anthony Giddens, « tout système expert repose sur la confiance, c'est donc une notion fondamentale des institutions de la modernité ». La relation de confiance ne s'établit plus directement avec un individu, mais à travers le système qu'il représente (41). C'est pourquoi une relation de confiance

peut être compliquée à établir entre les femmes et le personnel de l'administration pénitentiaire ou bien même celui de la PMI : *«Et puis là-bas, les deux mamans précédentes, quand on arrivait, il fallait vraiment refaire comme un temps d'adaptation. Qu'elles nous laissent accès à leurs fils. Ce temps d'adaptation a été de plus en plus court, surtout quand l'enfant a grandi, et qu'on arrivait avec notre caisse de jeux, notre sac, et lui il venait gratter dedans, parce que lui il avait repéré*. - Il y avait une méfiance ? *La PMI, c'était ceux qui ont placé ses premiers enfants à l'ASE, donc oui je pense.* »

C'est le suivi régulier et constant des mères qui mène au développement d'une relation de confiance entre elles et l'intervenant·e. Cela conduit à un sentiment de confiance en soi, dans l'adulte, et développe l'empathie vers les autres enfants, ce qui influence progressivement la qualité de l'interaction mère-enfant. Ainsi, la théorie de l'attachement est-elle au centre des interventions précoces : la mère sensible et disponible rend l'enfant sécure. Yvon Gauthier rapporte la difficulté de gagner la confiance des mères, de par les multiples rejets dont les intervenant·e·s font l'objet. C'est pourquoi, afin d'être suffisamment constant sans céder à ces rejets, il est important de soutenir les professionnel·le·s par une supervision fréquente, évitant ainsi un isolement qui pourrait conduire au burn-out (45).

THÈME IV : LIMITES DES PROFESSIONNEL·LE·S :

1. Des professionnel·le·s non formé·e·s à ce contexte particulier

Les centres pénitentiaires de notre région sont relativement récents : trois en dix ans. En dépit du nombre de femmes que ces prisons ont vues défiler avec leur enfant, aucune formation à propos de cette détention particulière n'a été créée pour le personnel pénitentiaire. Le surveillant gradé rapportait : « *Depuis que j'ai eu le poste, il a fallu piocher dans la circulaire de 1999 pour travailler avec les notes de service, de fonctionnement pour la mise en place de la nurserie. Je me suis formé moi-même, aussi en me déplaçant sur les autres centres. On est novice là-dessus, garder des bébés n'est pas notre fonction première, on ne fait pas le malin, on espère que tout se passe bien*. »

Le personnel pénitentiaire est confronté aux problèmes techniques des bébés, et n'ont pas de connaissance théorique sur ce public-là, leurs réactions font donc appel à leur expériences personnelles et à la vision propre à chacun sur la manière d'élever un enfant : « *Le point le plus compliqué est de gérer des enfants, comme à l'extérieur, quand la maman a des questions sur son enfant, elles ont beaucoup d'interrogations sur comment gérer son enfant. La moindre bobologie : il mange mal, il coule du nez… il faut avoir des enfants, de l'expérience, ou des connaissances sur les questions fondamentales pour pouvoir gérer ça, les rassurer, les orienter, savoir si c'est une véritable urgence. Et alors là c'est la grosse problématique l'extraction.* »

Une surveillante attestait également : « *Non, aucune formation. Mais le public est pourtant différent, déjà dans la règlementation par exemple : le bébé n'est pas une personne détenue, on n'est pas sur la gestion des mères et des enfants* ». Le personnel reconnait la spécificité de la mission allouée : « *Il faut être en cohérence avec nos missions, mais au moment de nos concours et formations, on n'est pas prêts à garder les femmes enceintes et leurs bébés.* ». Pour un des surveillant gradé, le public ne modifiait pas le travail qu'il avait à effectuer, mais plutôt les attentions qu'il devait porter : « *Mais je n'ai pas de formation. Ça reste de la gestion de détenus. Au quotidien, on fait les mêmes choses qu'avec les hommes, mais il faut être plus attentif, surtout quand on est un homme au quartier femmes, vous voyez ce que je veux dire.* »

Ce manque de connaissance des surveillants autour des bébés dérange le personnel de la petite enfance, qui doit rattraper les conseils qui ont été donnés : « *bon il faut aussi faire avec les agents qui travaillent là, et qui ont leurs propres repères en tant que parents de ce qui est bon pour les enfants, et qui se pose… C'est encore très personne dépendante. Chacun son rôle quoi* ».

À l'ouverture de la maison d'arrêt, tout était à inventer. Il y a au sein de cette prison la présence d'une sage-femme qui rencontre et accompagne les femmes. La sage-femme de PMI voulait que les rôles de chacun soit posé et convenu, afin de ne pas laisser de limites floues sur la prise en charge de ces femmes : « *et donc j'ai organisé une réunion avec mon chef de service et son chef de service, à elle, à la prison. Donc nous étions quatre : deux médecins, deux sages-femmes, et on a défini qui faisait quoi, dans quel cadre, pour que le cadre soit posé. En avril, j'ai quitté le secteur, donc j'ai passé le relais à ma collègue. Peut-être qu'elle a vu quelqu'un depuis. Je ne sais même*

pas si elle a eu ce document d'ailleurs. J'avais tellement de choses à lui transmettre… Je l'ai emmenée en prison, enfin au centre pénitentiaire, pour lui faire voir les arcanes de l'accès… et qu'elle fasse connaissance avec le personnel. Et puis après, je lui ai dit débrouille-toi ! ». Il n'y a également pas de formation particulière pour les sages-femmes et les puéricultrices de PMI : la connaissance de ce milieu si particulier se fait par l'expérience et par la transmission d'expérience seulement, malgré le peu d'ancienneté de cette nurserie : « *Et donc j'ai dû rencontrer, en l'espace de deux ans, quatre femmes* ». Pour le personnel de la PMI, le travail n'est pas si diffèrent qu'à l'extérieur, les professionnel·le·s rencontrent en effet le même type de public et auront le même exercice lié à la relation humaine. La tâche peut s'avérer différente auprès de population radicalisée, et des questionnements demeurent sans réponse quant à l'organisation et l'approche de la relation à construire avec ces femmes (4).

Pourtant, pour Yvon Gaultier, l'intervention en milieu vulnérable nécessite une formation spécifique pour chaque intervenant, et un soutien constant à leur intervention (45).

2. Investissement chronophage

L'engagement auprès de ces femmes demande énormément de temps pour un intervenant extérieur et la contrainte horaire est le point de difficulté qui est ressorti dans tous les entretiens avec le personnel de PMI : « *Il faut planifier, parce qu'aller en prison ce n'est pas faire une simple visite à domicile, vous arrivez, vous sonnez, vous rentrez, vous ressortez. Là, vous sonnez, mais vous sonnez à toutes les portes, il y a peut-être 15-20 minutes pour accéder à la cellule, et c'est plus rapide pour sortir effectivement.* ». En effet, à la maison d'arrêt, il faut sonner et franchir 11 portes avant de pénétrer au quartier nurserie. La puéricultrice admet : « *Elles sont toujours là, c'est facile de les attraper, mais ça ne veut pas dire qu'on arrive à travailler* ».

Rentrer en détention ne se fait pas facilement, il faut montrer patte blanche à l'entrée : être attendu, donner son identité, passer sous un portique de sécurité, les objets que l'on souhaite faire rentrer en détention doivent être préalablement déclarés et passent aussi au scanner : « *Juste pour aller voir la maman avec des jeux c'est relativement simple. Mais quand on y va avec le médecin, quand on y va avec des*

vaccins, il y a des choses qu'on doit passer dans le scanner, il faut expliquer ce qu'on vient faire, et le personnel change tout le temps. Alors côté nurserie, maintenant ça y est, les dames nous reconnaissent alors « tiens, voilà la PMI !». »

3. Limites financières

La limite budgétaire en revanche atteint tous les corps de métiers. Ainsi, la puéricultrice démontrait : « *Alors effectivement il faudrait multiplier les visites pour que la puéricultrice puisse l'aider, les éducs, les médecins, qu'on puisse y être beaucoup plus souvent. Mais il y a deux enfants et à chaque fois on y passe l'après-midi ou la matinée. Je ne suis pas sure que les élus seraient très contents de nous payer pour ça* » et sa collègue confirme : « *il faut aussi se rendre à l'évidence qu'on ne peut pas vraiment faire plus avec moins. Il y a un moment, il faut faire des choix* ».

La CPIP, qui met en place les activités en nurserie via des intervenants extérieurs, se retrouve coincée dans ses possibilités : « *Donc on espère qu'on va reprogrammer, mais ça, ça va être question de financement et ça… On a eu un excédent, et on a pu programmer ça là, mais la difficulté qu'on a, c'est qu'à la nurserie on a quatre places. Là elles sont deux. Donc, quand on finance une intervention, si c'est pour dix détenues, on divise le prix de l'intervention par le nombre de détenues. Là elles sont entre deux et quatre. Même si je trouve que c'est sur la nurserie qu'on devrait mettre le plus de budget, il y a un besoin… Mais c'est compliqué de défendre ça. On ne pourrait pas avoir autant que ce qu'on voudrait. C'est bien ce qu'on fait, mais il ne faut pas que ça s'épuise en 2018, et c'est la difficulté* ».

Le surveillant gradé déplore le manque de moyens financiers pour son travail, pouvant amener des difficultés supplémentaires : « *Donc, on ne nous fournit pas les moyens de travailler. On a plus de personnes analphabètes, illettrées, étrangères, c'est chaud. On est obligé de faire des trucs illégaux, on s'assoit sur les deux problèmes, deux principes importants, c'est super compliqué.* […] « *Il devrait y avoir une alternative à la détention pour les femmes enceintes. On devrait se donner les moyens de faire dans les bonnes conditions. Il faut aller au bout du bout. Que ce soit plus*

simple. Se poser la question de la gestion de ce public. On nous laisse se débrouiller sans moyen. On est laissé pour compte, c'est « débrouillez-vous ». Et alors si c'est une personne détenue étrangère… Elle aura l'AME, mais quand elle ne parle pas français, il n'y a pas de possibilité de communication, pour l'hospitalisation il faut un traducteur, ici on demande à une détenue de traduire, la dernière fois ça passait par deux interlocuteurs pour savoir ce qu'avait son bébé. »

4. Limites sécuritaires

La logique sécuritaire de la prison donne aussi un inconvénient au champ d'actions des professionnel·le·s. Le personnel de la PMI est limité dans ses interventions, et malgré la bonne volonté du coté sanitaire et du côté pénitentiaire pour faire du mieux possible en s'adaptant, une sage-femme reconnait : « *Nous, on leur dit ce dont on a besoin, eux ils nous disent ce que sont leurs contraintes, et des fois quand c'est compliqué, ça ne se rejoint pas*». Le scan des objets à rentrer, les portes à franchir, le port d'un API (Alarme Portative Individuelle), autant de procédures auxquelles une personne extérieure doit s'accommoder pour une intervention en détention. *« Là, on se dit que c'est quand même pas si facile que ça, on ne sort pas et on ne rentre pas comme on veut, c'est ce que je retiens du système carcéral c'est que c'est vraiment très codifié* ». C'est la rencontre entre le monde de la sécurité et celui de la santé, aux objectifs opposés que sont : l'ordre et la discipline et la protection et le bien être des personnes détenues. La coexistence de deux cultures séparées par une « distance technique et éthique » au sein d'une même institution est d'ailleurs parfois qualifiée de choc des cultures (48).

Du côté de la pénitentiaire, la sécurité se soucie surtout de l'état du fœtus ou de l'enfant, et c'est pourquoi la femme ne pourra pas être véhiculée « au cas où », que l'on met en place un espace juste pour elle, et qu'elle n'est pas contenue de la même manière : *« Une détenue peut faire des bêtises, et normalement elle est maitrisée, basiquement elle est contrainte, et on la place au QD [quartier disciplinaire] Chez une femme enceinte, vous voyez où je veux en venir, comment voulez-vous la contraindre ? Et le QD c'est pas possible. En terme de gestion, y'a des choses qu'on ne peut pas faire* ». En prison, il n'y a pas de liberté pour qui que ce soit.

5. Limites des missions : gestion de l'urgence

La prise en charge de l'enfant en urgence est la bête noire de l'administration pénitentiaire. En effet, comme l'enfant n'est pas détenu, elle n'a pas à assurer sa prise en charge sanitaire et sociale, mais doit faire appel aux services de droit commun.(22) Ainsi, l'administration pénitentiaire fait appel à la PMI pour assurer les soins médicaux courants de prévention, mais en dehors de ces consultations, la procédure légale propose le recours au dispositif de type « centre 15 » pour gérer les urgences pédiatriques. Cependant, si l'enfant est amené à sortir de l'enceinte pour des raisons médicales, un vide juridique est laissé quant à la manière d'accompagner l'enfant lors de sa sortie. Et alors que la mère doit donner son accord pour tout acte médical ou toute hospitalisation de l'enfant, elle a besoin de l'autorisation de l'autorité judiciaire compétente pour pouvoir l'accompagner.

Cette zone floue met en difficulté l'administration pénitentiaire pour ces situations très précises : « *Pour le médical avec l'enfant, c'est donc la PMI : ça se passe bien, ils viennent tous les quinze jours. Après, il ne faut pas leur demander ce qu'il faut faire si le petit est malade, deux jours après leur visite. Ça se passe bien quand ils restent dans leurs missions je dirai… oui j'aurais aimé qu'ils puissent venir si on a besoin. Mais idem pour l'USN1, même s'ils n'ont pas de pédiatre, il y a bien des médecins généralistes qui voient les petits, mais là, pareil, ils restent dans leur zone de confort. On aimerait qu'ils s'investissent plus pour que la prise en charge de l'enfant soit facilitée, mais là c'est la croix et la bannière. Et ce n'est pas plaisant des deux côtés. Le problème est d'arriver à la question de la prise en charge de l'enfant, qui pour l'instant n'est pas pris en charge* ».

Du côté de la PMI, cette prise en charge de l'enfant dépasse les possibles dans leur manière de travailler : *« Mais c'est ce qui se goupille : là, la surveillante le prenait, et allait aux urgences, et là ils veulent que ce soit la PMI qui vienne chercher l'enfant. Mais on ne travaille pas la nuit et les week-end nous… Dès le début, on a demandé à ce qu'un médecin extérieur puisse rentrer, comme le SAMU, mais c'est trop chronophage pour 30€ de consultation*. »

6. Imprévu des procédures

À la maison d'arrêt, les femmes écopent d'une peine ou d'un reliquat de peines de moins de deux ans, ou bien sont en attente de jugement définitif, ce qui signifie que ni elles, ni les professionnel·le·s de la pénitentiaire, ni la PMI ne savent combien de temps elles vont rester incarcérées. Cette inconnue est un obstacle au travail du personnel de PMI : « *Mais je pense que toute la difficulté vient du fait qu'on ne peut rien prévoir et anticiper. Ce qui est nécessaire pour qu'on puisse accompagner correctement la mère et son bébé. Le contexte fait que…* ». L'investissement dans les démarches effectuées pour le couple mère-enfant ne peut être optimal, comme le démontre une puéricultrice : « *La question de « elle vient et elle s'en va, et nous qu'est-ce qu'on fait ? » ça pose un certain nombre de questions à beaucoup de gens. Il ne s'est rien mis en place, parce qu'il faut faire avec le temps, qu'on ne maitrise absolument pas. On a une peine de départ, et il y a une remise de peine quasi systématique. Et puis après on est « à la merci » ce n'est pas le bon mot, mais on attend une décision de justice, de changements dans les conditions d'incarcération… alors tant mieux pour la personne, mais pour mettre en place des choses… moi la dernière visite que j'avais planifiée à la prison, je suis arrivée à la prison le vendredi matin, et elle était sortie le jeudi soir à 19h. Et on n'avait pas du tout en tête qu'elle était sortante…* »

Le rôle de la prison est aussi de préparer la réinsertion de la personne détenue. Le jugement va remettre en question son incarcération, et la potentielle séparation avec son enfant. « *On doit garder nos idées, proposer des solutions à la mère et voir ce qui est le plus adapté à ce qu'elle a envi et besoin, et c'est évident qu'il faut travailler l'après, mais on est tellement dépendant de quelque chose que personne ne maitrise, ni même le personnel pénitencier. Donc en fait on est toujours dans une incertitude.* »

La sage-femme de PMI illustre également l'inattendu : « *y'en a, à qui j'ai dit aurevoir trois fois, elle n'est pas sortie pour des problèmes de papiers, et au contraire, il y a des sorties subites, à qui on n'a pas eu le temps de dire aurevoir. Mais j'y vais quand je peux, les revoir avec la puer, avec qui je m'entends très bien. Il faut être disponible et avoir envie surtout.* »

Au centre de détention, bien que le jugement définitif soit donné, les femmes espèrent une remise de peine puisque leur situation a évolué : elles ont désormais un enfant auprès d'elle, la sage-femme de PMI commente d'ailleurs : « *Certaines calculent*

beaucoup en remise de peines et tout, mais c'est dur de prévoir la réalité, donc on prépare le retour, en tous les cas ». Deviner le résultat du jugement est un exercice compliqué, mais c'est peut-être aussi l'incertitude et l'espérance d'une décision favorable qui font tenir ces femmes.

7. Secret professionnel

En faisant cohabiter au sein de la prison les mondes pénitentiaire et médical, chaque professionnel·le a connaissance d'une certaine part des personnes détenues et doit se tenir au secret professionnel auquel il est déontologiquement tenu par sa profession.

Ainsi, la PMI est-elle confrontée au « secret judiciaire » qui limite la divulgation d'informations concernant la femme et sa peine. *« Le major nous disait : on se demande si on doit vous le dire, normalement on n'a pas le droit de le dire, ça pose des questions éthiques, si la dame est là pour infanticide, est-ce qu'il faut qu'on vous le dise ? On s'épargne les réponses, comme ça ne s'est pas passé … mais nous ce qui nous intéresse c'est la relation avec leur enfant* »

Et l'administration pénitentiaire est confrontée au secret médical : « *Le secret médical… dans le monde carcéral ça devrait avoir des limites. Si la détenue a des comportements dangereux, agressifs, on le signale au personnel, pour la sécurité de tous. Donc ça devrait marcher dans l'autre sens aussi, sans rentrer dans les détails, je veux qu'on m'avertisse sur les renseignements généraux, mais on peine. Il faut faire attention, ça peut déraper des deux côtés*. »

Une sage-femme de PMI a noté que : « *Au début, l'AP, elle n'arrivait pas à communiquer avec l'US, ça les embêtait beaucoup, parce qu'ils ne voulaient pas avoir les informations médicales, mais ce qu'ils aimeraient savoir c'est si il y avait des précautions particulières à prendre, vis-à-vis de ces femmes, si on avait repéré des difficultés… leur dire : « cette maman veut se reposer, ou attention cette dame ne va pas bien, elle a un côté plutôt dépressif », voilà des choses de cet ordre-là, pour aider au mieux ces futures maman.* »

Mais depuis la mise en place du travail inter-disciplinaire entre AP et médical, chacun a trouvé quels éléments il est nécessaire de transmettre pour permettre à l'autre personne de travailler correctement et en sécurité : « *Alors les points clefs…. C'est de bien avertir dès que possible le major de ce qui nous alerte, sans trahir le secret professionnel, alors là c'est difficile. En disant* « là on est inquiet, ou on trouve la maman particulièrement mal… » ; « *On partage facilement, mais pas sur les choses médicales. On ne dit pas tout, on transmet les éléments nécessaires à la meilleure prise en charge, et on transmet avec l'accord de la patiente, sauf cas particulier* ».

Malgré tout, avec la meilleure volonté, le secret médical peut être rapidement bafoué dans certaines situations : « *alors si c'est une personne détenue étrangère… Elle aura l'AME, mais quand elle ne parle pas français, il n'y a pas de possibilité de communication, pour l'hospitalisation il faut un traducteur, ici on demande à une détenue de traduire, la dernière fois ça passait par deux interlocuteurs pour savoir ce qu'avait son bébé. Les populations viennent de plus en plus des pays de l'Est et ça complique. Même l'USN1 m'appelle pour avoir un traducteur. Mais là, il y a le problème du secret médical, nous on devrait déjà pas savoir, et là, une autre détenue va savoir* ».

8. Evolution : une nouvelle circulaire ?

Le surveillant major du CD a fait partie d'un groupe de travail pour mettre à jour et faire évoluer la circulaire de 1999 : « *Ça nécessite des accords entre ministères, il y a trop d'intervenants pour régler ça rapidement, avant fin 2018. Il faut du temps mais, nous, on l'a pas vraiment, on gère comme on peut en attendant, mais on a autant de manières de gérer que de CP. Il n'y a pas d'harmonisation, et c'est ça qu'on aimerait. Une harmonisation sur les fondamentaux de la prise en charge des codétenues de soutien, ici on fait signer des décharges, mais là ils officialiseraient. C'est des petites choses mais il faut changer les trucs qui nous pourrissent la vie au quotidien.* »

La réflexion initiée visait à mieux prendre en compte l'intérêt de l'enfant concerné, actualiser le cadre régissant les conditions dans lesquelles les nourrissons peuvent rester en détention avec leur mère, harmoniser les pratiques autour de la prise en charge des enfants laissés avec leur mère incarcérée, et sécuriser les intervenants dans leurs

pratiques professionnelles en mettant à leur disposition des outils plus adaptés. Une visite de certaines nurseries et un état des lieux des places disponibles ont pu être faits afin d'envisager un travail de cartographie par la suite.

Les difficultés qui sont ressorties de ce groupe de travail sont l'exercice de l'autorité parentale par l'autre parent que la mère détenue et l'accompagnement de l'enfant par sa mère en cas de sortie médicale d'urgence. Les révisions les plus notables de cette circulaire concernent donc la mise en cohérence du texte avec des pratiques existantes et nécessaires, telles que les portes ouvertes en unité nurserie, en service de jour ou encore la garde ponctuelle de l'enfant par une autre personne détenue en cas d'absence ou d'impossibilité de la mère ; une clarification du champ des missions des professionnels intervenant auprès du public mère-enfant ; une clarification sur les cas de responsabilité de l'administration pénitentiaire en cas de dommage causé à l'enfant ; une explication de la procédure à suivre en cas de dépassement de capacité des places mère-enfant d'un établissement *via* la création d'une annexe dédiée ; des précisions sur les équipements immobiliers et mobiliers devant impérativement être intégrés aux places mère-enfant, ainsi qu'une augmentation des exigences pour les places à construire.

POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

La force de cette étude est l'originalité du sujet dans la région Auvergne-Rhône-Alpes : aucune étude sur le sujet n'a été retrouvée depuis l'ouverture des nouveaux établissements pénitentiaires de notre région. Les propos recueillis ont permis de découvrir différents points de vue sur le sujet, dont certains avaient été retrouvés dans la littérature et d'autres non. La diversité des professionnels permet d'avoir un contenu riche en expérience et en avis, sur la question des couples mère-enfant en détention.

Les points faibles relevés lors de cette étude sont : la non possibilité d'interroger des femmes détenues sur leurs ressentis directs à propos de leur maternité particulière, compte-tenu du comité d'éthique. L'absence de médecin de PMI interrogé ou de personnel de l'unité sanitaire tels que les infirmiers, ou psychologues qui sont des professionnels jouant un rôle clef dans la prise en charge de ces femmes, retire une vision de l'accompagnement mis en place pour ces femmes. L'étude a été réalisée sur deux des trois sites de la région accueillant des femmes avec leur enfant ; de par la

singularité de prise en charge de chaque prison, il est difficile de peindre la réalité carcérale de façon globale sur notre territoire. La prise de notes qui a dû être utilisée pour retranscrire certains entretiens non enregistrés, car la présence d'un dictaphone entre les murs de la détention n'était pas tolérée, a pu appauvrir certains discours, dans les nuances que je n'ai pas pu écrire. Enfin, la difficulté à trouver des chiffres précis, récents et exhaustifs du nombre de places des cellules mères-enfants et de leurs taux d'occupation empêche une synthèse précise de la situation des couples mère-enfant sur le territoire aujourd'hui.

PROJET D'ACTIONS

Ce projet d'actions vient soutenir certaines difficultés qui sont ressorties lors des entretiens, tant pour les femmes en quartier nurserie que pour les professionnel·le·s qui les entourent, à savoir : les liens familiaux, l'implication dans la grossesse, l'action des professionnel·le·s. Nous verrons aussi les exemples que nous offrent certains des pays voisins.

Il nous parait important de favoriser les liens familiaux, en généralisant les possibilités d'accueillir les proches qui se déplacent parfois de loin pour rendre visite aux femmes et enfants en prison. Ainsi, au centre pénitentiaire par exemple, une convention a-t-elle été récemment signée avec la maison maternelle pour pouvoir recevoir les familles. Par ailleurs, un travail est réalisé pour permettre l'accompagnement de l'accouchement par une personne proche de la femme. À l'ère où la distance physique est réduite par des écrans interposés, ne pourrait-on pas envisager des parloirs par vidéo-conférence, afin que les proches de l'enfant puissent voir son évolution, et que lui-même rencontre auditivement et visuellement parlant sa famille ?

Afin de permettre à la femme de s'impliquer dans sa grossesse et de la responsabiliser pour anticiper sa réinsertion, il pourrait être judicieux de lui laisser de la place dans le choix qu'elle pourrait faire pour son enfant : fournitures pour sa maternité, activités qui pourraient être mises en place… Cela peut aussi l'être par l'accompagnement de son enfant lors des consultations extérieures, à l'hôpital ou à la crèche. La place du père serait également à repenser en prison, l'inclure dans le suivi de grossesse, au moment des consultations avec la sage-femme ou les puéricultrices.

En contrepartie, il ressort des entretiens que l'absence de formation des professionnel·le·s manque sévèrement à leur pratique, les obligeant à improviser ou à sortir de leur fonction. Il serait intéressant de réfléchir à un échange de pratiques inter-professionnel·le·s : un stage dans une nurserie d'une autre prison pour le personnel de PMI, une formation de courte durée en puériculture pour le personnel de surveillance, afin de mieux connaître ce public particulier. La nouvelle circulaire encore en réflexion présentée précédemment, parait essentielle pour une uniformisation des pratiques et pour permettre de se référer à un texte récent, qui définit le rôle de chacun et chacune auprès de ces femmes, évitant de dépasser les compétences attribuées. Pour autant, de nouveaux textes se font attendre afin de pouvoir répondre à des situations subjectives.

Comme le soulignaient plusieurs professionnel·le·s, le fait de multiplier les visites de personnes extérieures permettrait de décloisonner le monde carcéral, toujours dans le but de préparer à une meilleure réinsertion. Augmenter le nombre de visites mais aussi diversifier les activités proposées, afin d'éveiller les enfants et les mères, et prévenir certains troubles. Il est du devoir de la sage-femme ou du personnel de PMI d'éclairer sur les effets que pourraient avoir une télévision toujours allumée devant le regard d'un enfant, et varier l'apport des intervenant·e·s permettrait un meilleur développement psycho-moteur de l'enfant. Les efforts faits dans le matériel fourni est à mettre en évidence, mais il serait congruent de proposer un espace extérieur plus adapté, avec de la pelouse au lieu d'une simple cour goudronnée, un horizon pour poser son regard, des structures adéquates.

Le bon accompagnement des femmes isolées pendant la grossesse et le début de la maternité parait essentiel pour assurer la construction du lien mère-enfant. Cependant c'est le monde carcéral qui serait à envisager différemment, et pourquoi pas étendre les alternatives à la détention. En effet, la France reste très conservatrice dans la gestion des peines de détention. Pourtant les pays voisins ne manquent pas d'exemples pour préserver les liens entre mères et jeunes enfants, proposant un aménagement de peine, des centres de semi-liberté, ou une surveillance électronique avec un suivi auprès de CPIP, comme en Italie notamment. Pour repenser la prison, le Danemark a été très audacieux en fondant le principe de la détention au plus proche de la vie en liberté, en considérant que l'inactivité compromet les chances de réussite de réinsertion et que le sentiment d'inutilité éloigne la possibilité de retrouver une vie sociale à la sortie de prison (11). Dans ce pays au taux d'incarcération des plus faible au monde, il existe des « prisons ouvertes », la formation et le travail sont rémunérés sur la même base, une sexualité est autorisée. On peut aussi y trouver trois prisons mixtes, où les personnes détenues sont regroupées dans des « unités de vie » de 16 personnes, et doivent s'accorder pour organiser leur vie ensemble, de façon autonome. Là où des pavillons familiaux sont annexés à la prison, l'enfant peut rester avec sa mère pendant trois ans. En Finlande, certaines prisons permettent aux femmes de garder leur enfant jusqu'à l'âge de quatre ans dans des conditions proches de la vie civile, et autorisent des visites conjugales. Devant ces exemples, il semblerait que la répression ne soit peut-être pas la

meilleure solution pour l'investissement des personnes dans leur réinsertion, dans l'intéret de la mère et de son enfant.

CONCLUSION

Les futures mères incarcérées se trouvent dans un contexte singulier pour aborder leur maternité. Parfois isolées de leurs familles, mais aussi de leurs anciennes codétenues, elles doivent gérer seules les bouleversements physiques et psychiques qu'incombe la grossesse.

La grossesse et la maternité sont sous la responsabilité pénitentiaire, qui prend en compte les besoins matériels de la mère et aménage sa vie carcérale pour anticiper ceux de l'enfant, mais surtout pour assurer la sécurité de tous à tous niveaux. En changeant d'unité au sein de la prison, la dyade mère-enfant est un peu plus éloignée de la violence du monde carcéral et de celle du monde extérieur, et sera ainsi « surprotégée » de la précarité à laquelle elle était confrontée. Dans cette nouvelle enceinte, la femme détenue se retrouve surveillée dans ses comportements, mais aussi évaluée dans sa posture maternelle. La pénitentiaire empiète sur le rôle de la mère, la limitant dans son autonomie pourtant indispensable pour l'être pleinement. Par ailleurs, la femme se retrouvant contrainte à rester en permanence avec son enfant dans un espace limité, n'a pas toujours la possibilité de se référer à une « détenue de confiance » ; encore mal définie dans les textes, cette opportunité n'est toujours pas généralisée à l'ensemble des établissements pénitentiaires.

Pour favoriser la création du lien mère-enfant dans cette situation particulière, la sage-femme de PMI trouve d'autant plus sa place, qu'elle intervient déjà en anténatal pour pouvoir accompagner la femme au cours de sa grossesse, lors de ses angoisses, afin de la préparer au mieux à l'arrivée de son enfant. Les puéricultrices et le médecin de PMI prennent le relais pour soutenir la création de ce lien, et s'assurer du bon développement de l'enfant. Mais, c'est l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire qui est indispensable pour accompagner ces femmes vulnérables, et ses visites régulières auprès de l'enfant et de la mère pour favoriser une relation privilégiée. La création d'un réseau solide autour du couple mère-enfant permettra un meilleur soutien afin de pallier au manque de rattachement familial que l'enfermement peut engendrer. Une bonne communication entre la PMI, l'unité sanitaire, le personnel de surveillance et la CPIP, est donc indispensable pour assurer la meilleure continuité possible de leurs actions. Pour cela, les différent·e·s intervenant·e·s devront être formé·e·s, et soutenu·e·s de façon constante, pour faire face aux divers obstacles que « l'univers carcéral » impose.

Si l'intervention des professionnel·le·s se fait précocement et se poursuit assez longtemps après la naissance (et même après le départ de l'enfant), le lien mère-enfant n'en sera que plus renforcé, et les conséquences néfastes modestement moins prononcées.

Enfin, si l'étude portait sur l'accompagnement à la création du lien mère-enfant de la femme pendant son incarcération, celle-ci pourrait être prolongée par une réflexion sur ce que deviendrait cette relation à la sortie de prison de l'enfant seul ou avec sa mère. Il serait également intéressant de s'assurer du suivi de la continuité des soins et de soutien initiés à l'intérieur des murs et d'étudier la question de la préservation du lien et la prise en charge réalisée pour leur réinsertion.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OIP. Centre pénitentiaire de Riom [Internet]. oip.org. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: https://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-riom/

2. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France [Internet]. France: Ministère de la justice; 2019 [cité 17 déc 2017] p. 56. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_février_2019.pdf

3. Combessie P. Sociologie de la prison. 3e éd. Paris: La Découverte; 2009. 128 p. (Repères).

4. Foulhy C, Castello C, Génuit P, Chaverondier M. Devenir mère en détention. Vocation Sage-femme. 2019;(136):11-24.

5. Pollak O. The Criminality of Women. Philadelphia: Univeristy of Pennsylvania Press; 1950. 180 p.

6. Mary-Portas F-L. Les femmes et le contrôle pénal en France: quelques données récentes. Déviance et société. 1998;22(3):289-318.

7. Ministère de la justice. Prévention de la récidive et individualisation des peines : chiffres clés [Internet]. Ministère de la justice; 2014 [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr//include_htm/reforme_penale_chiffres_cles_plaquette.pdf

8. Hoerni B. Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire. Paris: Conseil National de l'Ordre des médecins; 2001 p. 9.

9. Cardi C. Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social. Déviance et Société. 2007;31(1):3-23.

10. Bobille M. Femmes incarcérées : quel lien avec leurs proches? Le Passe-Murailles. 2013;(40):55-7.

11. Huet G. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire (n°1506), adopté par le Sénat, après déclaration d'urgence [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 2009 [cité 30 mai 2018]. Report No.: 1900. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1900.asp

12. Observatoire International des Prisons (OIP). 8 mars : les femmes détenues : une minorité discriminée dans l'institution carcérale [Internet]. oip.org. 2016 [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: https://oip.org/communique/8-mars-les-femmes-detenues-une-minorite-discriminee-dans-linstitution-carcerale/

13. Abela C. Des prisons si loin, si proches : réinterroger les mises à distance [Internet]. terrferme.hypotheses.org. 2010 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: https://terrferme.hypotheses.org/675

14. Mermaz L. Situation dans les prisons françaises. Paris: Assemblée Nationale; 2000 p. 328. Report No.: 2521.

15. Ramaswamy M, Chen H-F, Cropsey KL, Clarke JG, Kelly PJ. Highly Effective Birth Control Use Before and After Women's Incarceration. J Women's Health. 2015;24(6):530-9.

16. Westwater L, Blatchford J. Incarcerated pregnant people face grave issues [Internet]. ourmilkyway.org. 2018 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: www.ourmilkyway.org/incarcerated-pregnant-people-face-grave-issues/

17. Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé. Soins aux personnes placées sous main de justice : guide méthodologique. Paris: Ministère de la justice : Ministère des solidarités et de la santé; 2017.

18. Joël M. La sexualité en prison de femmes. Paris: Sciences Po Les Presses; 2017. 286 p. (Académique).

19. OIP. Prison : le corps des femmes sous contrôle [Internet]. oip.org. 2016 [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: https://oip.org/analyse/prison-le-corps-des-femmes-sous-controle/

20. Cardon C. Relations conjugales en situation carcérale. Ethnologie française. 2002;32(1):81-8.

21. Sannier O. La maternité en détention. Bull Acad Natle Méd. 2018;202(1-2):21-31.

22. Les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée : circulaire. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice [Internet]. 1999 [cité 27 mai 2018];(76). Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap76a.htm#II41

23. Delarue J-M. Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues. JORF n°0204 (2013).

24. Amado A. L'enfant en détention. Atelier présenté à: Journée Prison Justice; 2017; Nanterre.

25. Ban Public. L'alimentation [Internet]. prison.eu.org. 2016 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://prison.eu.org/spip.php?page=imprimer_article&id_article=358

26. Shlafer RJ, Hellerstedt W, Secor-Turner M, Gerrity E, Baker R. Doulas' Perspectives about Providing Support to Incarcerated Women: A Feasibility Study. Public Health Nurs. 2015;32(4):316-26.

27. Loi n°2000-516 du 15 juin 2000 - art 93. JORF 16 juin 2000 juin 15, 2000.

28. Thomas P, Adins-Avinée C, Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française (109 ; 2011 ; Paris), Centre hospitalier régional et universitaire (Lille). Service médico-psychologique régional. Psychiatrie en milieu carcéral. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

29. Pinto da Rocha A. Naître et vivre auprès de sa mère incarcérée : situation paradoxale entre prison et hôpital. Spirale. 2010;(54):61-8.

30. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 relative aux droits et devoirs des personnes détenues- Article 52. Code pénal nov 24, 2009.

31. Cardi C. Les quartiers mères-enfants : l' « autre côté » du dedans : protection et surveillance des mères en prison de femmes. Champ pénal/Penal field. 2014;11:1-28.

32. Champlong F. Mères-enfants en centre de détention. Métiers de la petite enfance. 2015;(220):7-22.

33. La lutte contre la pauvreté en détention : circulaire. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice. 2013;14.

34. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire : une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY. 2001;(63):30-3.

35. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot; 2006. 122 p. (Petite Bibliothèque Payot).

36. Gros Colas V. Les bébés taulards [Internet] [Mémoire de DUT : Carrières sociales]. [Paris]: Université Paris-Descartes; 2012 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: www.iut.parisdescartes.fr/content/download/12530/77207/version/1/file/gros_colas_valentine_AS2_pognant.pdf

37. Labbé J. La théorie de l'attachement [Internet]. 2015 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: https://www.psychaanalyse.com/pdf/LA THEORIE DE L ATTACHEMENT EST UN MODELE (10 Pages - 37 Ko).pdf

38. Mouhot F. Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. Psychiatrie de l'enfant. 2003;46(2):609-29.

39. Décret n° 2007-699 du 3 mai 2007 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) relatif au renforcement de l'équilibre de la procédure pénale et à la prévention de la délinquance. JORF N°105 (2007).

40. Guinguand C. La famille, facteur de réinsertion? Ce que l'administration ne veut pas s'avouer. Le Passe-Murailles. 2013;(40):65-7.

41. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 208 p. (Partage du savoir).

42. Durand C. Espace carcéral et formats d'expression : des communications sous contraintes - [Internet]. 2017 [cité 26 févr 2019]. Disponible sur:

https://www.metropolitiques.eu/Espace-carceral-et-formats-d-expression-des-communications-sous-contraintes.html

43. Sleeda M, Fonagy P, Baradon T. New Beginnings for mothers and babies in prison: A cluster randomized controlled trial. Attachment & Human Development. 2013;15(4):349-67.

44. Dormoy O, Goudal-Bourdy M, Laine T. La maternité derrière les barreaux. Nervure. 1989;(9):21-41.

45. Dugnat M, Marcelli D, Mellier D. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Toulouse: Érès; 2004. 256 p.

46. Shlafer RJ, Davis L, Hindt LA, Goshin LS, Gerrity E. Intention and initiation of breastfeeding among women who are incarcerated. Nursing for Women's Health. 2018;22:64-78.

47. Gouache M. La maternité incarcérée. Le Passe-Murailles. 2010;(23):57-60.

48. Bienvenu N. Le médecin en milieu carcéral : étude comparative France, Angleterre et pays de Galles. Paris: L'Harmattan; 2006. 126 p.

GLOSSAIRE

API : L'Alarme Portative Individuelle est un équipement pour travailleur isolé, qui permet de déclencher un appel au secours de manière volontaire, ou automatique (si l'appareil ne reste pas à la vertical par exemple)

Cantiner : La cantine désigne la possibilité pour une personne détenue d'acheter des produits de la vie quotidienne comme de la nourriture, des produits d'hygiène et d'entretien, des enveloppes et des timbres, du tabac, etc…

Centre de détention (CD): établissement pénitentiaire recevant les personnes condamnées, soit reconnues coupables, à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

Centre pénitentiaire : établissement pénitentiaire comprenant au moins deux quartiers de régime diffèrent (MA, CD ou MC)

Doula : Femme qui apporte soutien et accompagnement moral et pratique à une femme enceinte ou un couple durant la grossesse, la naissance, et la période néonatale. Son rôle n'est pas thérapeutique, et n'a pas forcément de formation médicale.

Extraire : terme utilisé en prison pour exprimer la sortie escortée d'une personne détenue

Maison d'arrêt (MA) : établissement pénitentiaire recevant les personnes prévenues en détention provisoire, c'est-à-dire les personnes détenues 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 ne dépasse pas deux ans.

Maison Centrale (MC) : établissement pénitentiaire recevant les personnes condamnées supposées dangereuses.

Mise sous écrou : personne placée sous la main de la justice, personne détenue ou sous surveillance électronique

Promenade : Marche quotidienne des personne détenues dans une cour de la prison

ANNEXE I

Etablissements pénitentiaires disposant de quartiers femmes

ANNEXE II

Places mère-enfant			
Structure	**DISP**	**Établissement**	**Places théoriques**
Maison d'arrêt (MA) au quartier Maison d'arrêt (qMA)	*Bordeaux*	*MA Pau*	1
		qMA Bordeaux	3
		qMA CPPV	2
	Dijon	*MA Dijon*	2
		qMA CPOS	2
	Lille	*qMA Beauvais*	2
		qMA Lille Sequedin	5
	Lyon	*MA Lyon*	3
		MA Riom	2
	Marseille	*MA Nice*	1
		qMA Borgo	2
		qMA Marseille	6
	Paris	*MA Fleury*	13
	Rennes	*qMA Rennes*	5
		qMA Rouen	2
		qMA Nantes	2
	Strasbourg	*qMA Strasbourg*	1
		qMA Nancy	2
	Toulouse	*MA Nîmes*	1
		qMA Perpignan	1
		qMA Toulouse-Seysses	3
	MOM	*qMA Baie-Mahault*	1
		qMA Majicavo	1
		qMA Nouméa	1
		qMA Saint-Denis	2
Total MA / qMA			66
Centre de détention (CD) ou quartier centre de détention (qCD)	*Lille*	*CD Bapaume*	2
	Lyon	*CD Roanne*	4
	Paris	*qCD CPSF*	2
	MOM	*qCD Rémire-Montjoly*	3
Total CD / qCD			11
Mineures	*Lyon*	*EPM Rhône*	1
	Toulouse	*EPM Lavaur*	1
Total Mineures			2

Total EP	79

Source DAP — 2017

ANNEXE III

LA MATERNITÉ SOUS ÉCROU : CRÉATION DU LIEN MÈRE-ENFANT CHEZ LES FEMMES QUI ACCOUCHENT PENDANT LEUR INCARCÉRATION

Etude menée dans le cadre du mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sages-femmes.

Objectif Principal : **Etudier la prise en charge des femmes enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la mise en place de la création du lien mère-enfant, par les professionnels intervenants en région Auvergne-Rhône Alpes**

Objectifs Secondaires :

- Etudier le déclaré des professionnels à propos du retentissement de l'incarcération sur la mise-en-place de la maternité, et le retentissement de la maternité sur l'incarcération, sur les plans médicaux, législatifs et psychologiques
- Décrire l'accompagnement mis en place pour l'arrivée et la séparation de l'enfant auprès femmes détenues

Il s'agit donc d'entretiens menés auprès de professionnels entourant les femmes qui accouchent pendant leur incarcération, parmi eux : les sages-femmes de PMI, les puéricultrices de PMI, les surveillants gradés des quartiers femme, des surveillantes, le Directeur du centre pénitentiaire, un membre de la SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation).

Un formulaire d'informations et de consentement sera distribué avant le début de l'entretien, et toutes les données seront anonymisées.

Grille d'entretien relue et validée par Mme Foulhy directrice de mémoire, et Mme Balsan co-directrice :

Notions abordées	Guide d'entretien
Orientation initiale vers ce métier	- Comment êtes-vous arrivé à ce métier initialement ? - Qu'est-ce qui vous amené à travailler auprès des femmes incarcérées en nurserie ? - Avez-vous une formation spéciale pour suivre ces femmes ?
Rôle auprès de ces femmes	- Quel est votre rôle auprès de ces femmes ? - A quelle fréquence les rencontrez-vous, et qu'est-ce que cela permet ? - Dans quelles conditions les rencontrez-vous ?
La prise en charge des femmes enceintes incarcérées et du couple mère-enfant	- Quels sont, selon vous, les points clefs et les acteurs de la prise en charge de ces femmes ? - Quel est l'organisation de la prise en charge du couple mère-enfant et votre rôle dedans? - Est-ce que la taille de l'unité nurserie influence l'efficacité de la prise en charge ?

	- Quels sont les moyens mis-en-place au sein de l'unité nurserie pour le couple mère-enfant ?
Le travail en équipe	- Comment décrieriez-vous la communication entre le corps médical et l'administration pénitentiaire ? - Quelles contraintes la situation de ces femmes engendrent elles sur votre prise en charge ?
Paroles de femmes détenues	- Que vous rapportent les femmes sur leurs conditions pendant la grossesse ? - Sur les rapports avec leur entourage ? - Avec les autres femmes détenues ? - Sur la relation avec leur nouveau-né ? - Avec le père ? et avec les autres enfants ?
Accompagnement de la création du lien mère-enfant	- Quel est votre rôle dans la mise en place du lien mère-enfant ? - Comment est abordée la question de séparation avec l'enfant ? - Quel accompagnement est permis, et quelles sont les limites ? - Qu'est ce qu'envisagent les femmes pour la filiation paternel ?
Perspectives d'avenir	- Que faudrait-il améliorer dans la prise en charge de ces femmes ?
Conscience, position des évolutions	- Avez-vous remarqué une évolution dans la prise en charge de ces femmes ? au fur à mesure des lois ? - Pensez-vous qu'une évolution dans l'accompagnement de ces femmes soit envisageable, comment ? - Souhaiteriez-vous jouer un plus grand rôle ? Comment ? Pourquoi ?
Conclusion	- En conclusion, qu'est-ce que cela a changé pour vous de vous occuper de ces femmes en nurserie ? - Avez-vous d'autres précisions à m'apporter ? Vous attendiez vous à une question précise que je n'aurai pas posé ?

Date souhaitée de mise en route à partir de Septembre 2018

Contact : Amy HECQUET amy.hecquet@etu.uca.fr

ANNEXE IV

Résumé des recherches, études ou évaluations à des fins d'enregistrement dans le répertoire Informatique & Libertés (version RGPD)

Intitulé de l'étude	LA MATERNITÉ SOUS ÉCROU : CRÉATION DU LIEN MÈRE-ENFANT CHEZ LES FEMMES QUI ACCOUCHENT PENDANT LEUR INCARCÉRATION
Organisme responsable de traitement**	Ecole de Sage-Femme de Clermont Ferrand
Responsable de traitement	Nom, Prénom : HECQUET Amy Fonction : étudiante sage-femme E-mail : amy.hecquet@etu.uca.fr
Organisme responsable de mise en œuvre*** (si différent)	
Responsable de la mise en œuvre (si différent)	Nom, Prénom : Fonction : E-mail :
Objectifs principal et secondaires	Objectif Principal : - Etudier la prise en charge des femmes enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la mise en place de la création du lien mère-enfant, par les professionnels intervenants en région Auvergne-Rhône Alpes Objectifs Secondaires : - Etudier le déclaré des professionnels du retentissement de l'incarcération sur la mise-en-place de la maternité, et le retentissement de la maternité sur l'incarcération, sur les plans médicaux, législatifs et psychologiques

	- Décrire l'accompagnement mis en place pour l'arrivée et la séparation de l'enfant auprès femmes détenues
MR utilisée	☒ MR-003 ☐ ~~MR-004~~
Sources de données utilisées (choix multiples)	☐ Dossiers médicaux ☒ Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS ☐ Autres données (précisez…)
Population concernée	Professionnels entourant le femmes qui accouchent pendant leurs incarcération, parmi eux : les sages-femmes de PMI, la puéricultrice de PMI, la sage-femme de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire, le directeur du quartier femmes, des surveillantes, le directeur du centre pénitentiaire de Riom, un membre de la SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation), et des professionnels du droit.
Historique utilisé	Aucun
Contexte de l'étude	Etude menée dans le cadre du mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sages-femmes.
Méthodologie	Il s'agit d'entretiens menés auprès de professionnels entourant les femmes qui accouchent pendant leur incarcération. Un formulaire d'informations et de consentement sera distribué avant le début de l'entretien, et toutes les données seront anonymisées. La grille d'entretien a été relue et validée par Mme Foulhy directrice de mémoire, et Mme Balsan co-directrice.

	Extrait de la lettre d'information : Lors d'un rendez-vous convenu ensemble, après information de l'étude et après avoir obtenu votre consentement, un entretien d'une trentaine de minutes sera réalisé afin de décrire vos interventions en tant que professionnel pour les femmes détenues qui accouchent pendant leur incarcération. Quelques questions vous seront posées et vous serez libre de vous exprimer sur les différents thèmes abordés. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone après obtention de votre consentement.
Justification du caractère d'intérêt public de l'étude	Etude menée dans le cadre du mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sages-femmes. Le but de cette étude est d'étudier de la prise en charge enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la mise en place de la création du lien mère-enfant, par les professionnels intervenants en région Auvergne-Rhônes Alpes. Il s'agira de décrire les interventions de chaque professionnel pour ces femmes, et de recueillir leur vision de cette prise en charge.
Durée de conservation des données	2 ans après la publication des résultats de l'étude et dans tous les cas suivant la procédure institutionnelle en vigueur au CHU.
Calendrier de l'étude et planning prévisionnel de communication des résultats	Début des entretiens 19/09/2018 fin des entretiens 23/12/2018 Début du traitement des données décembre 2018 Communication des résultats juin 2019

* Conformément à l'article 34-2 du décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi Informatique et Libertés.
Cette obligation est également rappelée dans les méthodologies de référence.

** Responsable de traitement = la personne physique ou morale qui, seule ou conjointement avec d'autres, est responsable d'une recherche, étude ou évaluation n'impliquant pas la personne humaine, en assure la gestion, vérifie que son financement est prévu et qui détermine les finalités et les moyens des traitements nécessaires à celle-ci

*** Responsable de mise en œuvre = la personne désignée par le responsable de traitement, et agissant sous sa responsabilité, veillant à la sécurité des informations et de leur traitement, ainsi qu'au respect de la finalité de celui-ci

Résumé

Introduction : Dans certains centres pénitentiaires, des enfants peuvent rester auprès de leur mère incarcérée jusqu'à leurs 18 mois. Ces femmes bénéficient d'un régime spécial de détention pendant les moments particuliers que sont la grossesse et les premiers mois de l'enfant.
Objectifs : Étudier la prise en charge des femmes enceintes incarcérées et l'accompagnement dans la création du lien mère-enfant par les professionnels intervenants en région Auvergne-Rhône-Alpes. Étudier le déclaré des professionnels à propos du retentissement de l'incarcération sur la mise en place de la maternité, et le retentissement de la maternité sur l'incarcération, sur les plans médicaux, législatifs et psychologiques. Décrire l'accompagnement mis en place pour l'arrivée et la séparation de l'enfant auprès des femmes détenues.
Méthode : Cette étude qualitative descriptive et interprétative a été menée en 2018 auprès de neuf professionnels : sages-femmes, puéricultrice, surveillants et conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation entourant les femmes pendant leur grossesse en incarcération dans deux des trois prisons de la région.
Résultats et discussion : Les sujets abordés par les professionnels portaient sur la situation de la femme enceinte et de la jeune mère qui se retrouve isolée, face à de nouvelles difficultés, ainsi que sur le rôle de chacun des professionnels et les limites auxquelles ils étaient confrontés.
Conclusion : La nécessité d'une équipe pluridisciplinaire qui travaille en lien de façon précoce et continue est primordiale pour accompagner ces femmes dans cette étape de leur vie et pour soutenir le lien mère-enfant qui se crée malgré la détention.

Mots clefs : prison, nurserie, détenue, grossesse, maternité, carcéral, pénitentiaire, parentalité

Summary

Background: In some penitentiary centers, children may stay with their incarcerated mother until they are 18 months old. These women have a special arrangement for their detention during the special moments of the pregnancy and the first months of the child.
Objectives: Study the management of incarcerated pregnant women and the support they receive during the creation of the mother-child bond, from the point of view of professionals involved in the Auvergne-Rhône-Alpes region. Study the declaration of professionals on the impact of incarceration on the establishment of maternity, and the impact of maternity on incarceration, on medical, legislative and psychological. Describe the support provided for the arrival and separation of the child from women prisoners.
Method: This qualitative descriptive and interpretative study was conducted in 2018 among nine professionals: midwives, nursery nurse, supervisors, and prison counselor for insertion and probation surrounding women during their pregnancy in prison in two of the three prisons of the region.
Results and discussion: The topics addressed by the professionals focused on the pregnant woman and the young mother who finds herself isolated, and in the face of new difficulties, as well as on the role of each of the professionals and the limits to which they were face.
Conclusion: The need for a multidisciplinary team working in an early and continuous way is essential to accompany these women in this stage of their lives and to support the mother-child bond that is created despite detention.

Key words: prison - pregnancy - maternity - prison - penitentiary center – mother-child bond