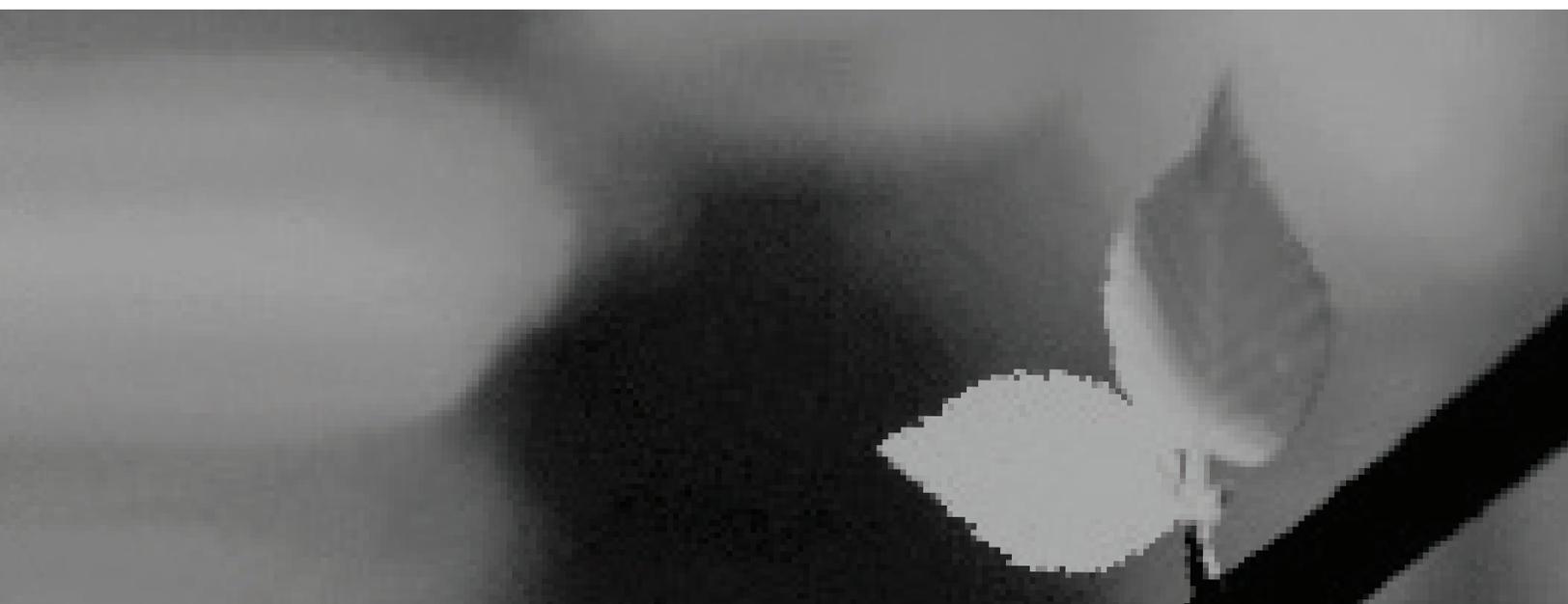
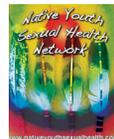


LIGNES DIRECTRICES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES UNITÉS MÈRE-ENFANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS CORRECTIONNELS CANADIENS

Novembre 2015



Les organismes suivants ont approuvé les lignes directrices pour la mise en œuvre des unités mère-enfant dans les établissements correctionnels canadiens :



Aboriginal Mother Centre Society
La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Centre for Children and Families, Columbia University
Family Help Trust, New Zealand

Ce document est publié et distribué par le Collaborating Centre for Prison Health and Education (CCPHE)
The University of British Columbia, 2206 East Mall,
Vancouver, BC V6T 1Z3

Ttél. : 604 827-4976 ou sans frais : 1 855 999-4976
www.ccphe.ubc.ca

Ce document est publié en vertu d'une licence (CC) Attribution-Non commerciale-Pas de travaux dérivés 4.0 Canada
(CreativeCommons License).

Il peut être reproduit et distribué pour des fins non commerciales à condition de mentionner le nom de l'auteur.
Veuillez citer ce document dans toutes reproductions.



TABLE DES MATIÈRES

4	Introduction
5	Principes directeurs
7	Meilleures pratiques pour appuyer les principes directeurs
7	Meilleures pratiques pour le milieu correctionnel
7	Meilleures pratiques pour la grossesse
8	Meilleures pratiques pour la naissance
9	Meilleures pratiques pour le soin des femmes/des enfants dans les établissements correctionnels
10	Meilleures pratiques pour les soins médicaux
10	Meilleures pratiques pour l'éducation
11	Meilleures pratiques pour la planification de la libération
12	Meilleures pratiques pour l'évaluation
14	Annexes
14	Annexe 1 – Glossaire
15	Annexe 2 – Les processus de rédaction
16	Annexe 3 – Remerciements
19	Annexe 4 – Présentation des panels de la séance de travail
20	Annexe 5 – Matériel éducatif recommandé
21	Annexe 6 – Références
23	Annexe 7 – Approbation des lignes directrices

INTRODUCTION

Ces lignes directrices ont été élaborées en fonction de données probantes claires et convaincantes que le lien entre la mère et le nourrisson est important à l'épanouissement de l'enfant, et que l'enfant a droit à la non-discrimination.

La préoccupation première est le meilleur intérêt de l'enfant, notamment sa sûreté et sa sécurité, ainsi que son bien-être physique, émotionnel et spirituel. Il est dans l'intérêt de l'enfant de rester avec sa mère, d'allaiter et d'avoir la possibilité d'établir une relation d'attachement saine.(1) L'ampleur des dommages psychologiques, physiologiques et développementaux causés par la séparation de l'enfant d'avec sa mère sont bien documentés.(2-4) Des observations épigénétiques récentes démontrent que l'attachement d'un nouveau-né à sa mère est essentiel à son sain développement à long terme.(5)

Les femmes dont l'accouchement est prévu pendant la détention, ou qui sont les principales dispensatrices de soins d'enfants à leur charge, devraient demeurer dans la collectivité dans la mesure du possible. Le système juridique devrait faire tout en son pouvoir pour trouver des solutions alternatives au sein de la collectivité pour la détention de ces femmes.(6)

Partout dans le monde, les femmes incarcérées sont généralement jeunes et en âge de procréer, ont souvent peu de ressources financières et sont habituellement peu éduquées.(7) De plus, plusieurs femmes incarcérées ont été victimes de sévices physiques et sexuels et ont eu une enfance traumatisante, qui, dans certains cas, a entraîné la consommation de drogue ou d'alcool et des problèmes de santé mentale.(7) En 2003, environ 20 000 enfants canadiens ont été séparés de leurs mères à cause de leur incarcération.(8)

Les taux d'incarcération et de démêlés/d'interaction avec le système judiciaire est extrêmement élevé chez les Autochtones. Les Autochtones – c'est-à-dire les Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM) – au Canada sont confrontés à de la discrimination supplémentaire, à cause des effets multigénérationnels à long terme de la colonisation, des traumatismes intergénérationnels, des tentatives de génocide culturel et du racisme constant. De plus, la forte incidence des déterminants sociaux de la santé des populations autochtones entraînent des inégalités en matière de santé.(9, 10) La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones reconnaît le droit des familles et des collectivités autochtones de conserver la responsabilité partagée de l'éducation, de la formation, de l'instruction et du bien-être de leurs enfants.(11) Cette Déclaration a été approuvée par le Canada, mais n'a pas encore été mise en œuvre.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Nations Unies (NU) ont établi des normes minimales quant aux droits de l'enfant et de la famille.(12,13) Les normes, approuvées par le Canada, ont été intégrées dans la rédaction de ces principes directeurs.(10) De plus, l'OMS recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans.(14-16)

La décision historique canadienne de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, rendue en décembre 2013, déclarait que la décision de fermer une unité mère-enfant dans un établissement correctionnel provincial enfreignait les droits constitutionnels des mères et des bébés.(17) Quand il n'existe pas de solutions de rechange à la détention dans la collectivité, les unités mère-enfant sont bénéfiques, et ces bienfaits ont été démontrés à l'échelle internationale. Par exemple, les unités mère-enfant dans les établissements correctionnels permettent aux enfants de créer un lien avec leurs mères dans un milieu sécuritaire et favorable à leur développement, tout en permettant aux mères d'acquérir des compétences sociales et parentales.(18-20) Dans cette optique, l'incarcération peut être vue comme une période de transformation pour les mères et leurs enfants. Une approche collaborative, interdisciplinaire et interministérielle peut

permettre de réaliser cet objectif en favorisant la stabilité et la continuité pour la santé et la relation mère-enfant dans l'établissement correctionnel et à l'extérieur de celui-ci.

Dans ce document, nous décrivons les principes directeurs et les pratiques requises pour que la santé de l'enfant et de la mère soit optimale dans un établissement correctionnel, y compris le contexte correctionnel, la grossesse, l'accouchement, l'éducation, les soins médicaux en milieu correctionnel, la planification de la libération et la participation des organismes communautaires. Dans les institutions fédérales canadiennes, quatre ans est l'âge maximum pour qu'un enfant soit admis dans une unité mère-enfant; ainsi, ces lignes directrices couvrent les enfants jusqu'à l'âge de quatre ans.(21) Aux fins de ces lignes directrices, un nourrisson est âgé de 0 à 1 an, et un enfant, de 1 an à 4 ans. De plus, nous utilisons le terme « établissement correctionnel » pour désigner une institution où des femmes sont détenues.

Principes directeurs

1. Le meilleur intérêt et la santé de l'enfant sont les préoccupations premières, ainsi que les droits de la mère.
2. La Protection de l'unité familiale est au cœur de notre système de valeurs sociétales et elle a droit à la protection de l'état. La femme définit qui est membre de son unité familiale.(22)
3. La préservation de l'intégrité de la relation mère-enfant devrait être une priorité de tous les instants et constitue la responsabilité de tous les professionnels de la santé. Toute pratique qui sépare un enfant de sa mère (pour toute raison autre que la sécurité ou le bien-être de la mère), et qui n'assure pas le maintien de la relation mère-enfant, cause préjudice à l'unité familiale.
4. Les principes philosophiques sous-jacents de la des établissements correctionnels canadiens affirment que les pratiques correctionnelles devraient répondre aux besoins des femmes au sein d'un établissement correctionnel et dans la collectivité. (23,24)
5. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, tous les efforts possibles devraient être déployés pour trouver des solutions alternatives au sein de la collectivité pour la détention des femmes dont l'accouchement est prévu pendant l'incarcération.(1)
6. La sécurité de l'enfant est une responsabilité partagée entre les autorités chargées de la protection de l'enfant et les ministères de la Santé et de la Justice (notamment le personnel de l'établissement correctionnel et le personnel hospitalier).
7. Les femmes sont incarcérées pour plusieurs raisons, et seulement certaines raisons sont liées à des préoccupations concernant la protection des enfants. Donc, les soins correctionnels mère-enfant devraient être évalués au cas par cas, avec la participation des autorités chargées de la protection des enfants seulement dans les cas jugés à propos.
8. Des soins axés sur les femmes devraient être offerts dans les établissements correctionnels, en fonction des mêmes normes que celles utilisées dans la collectivité, en sachant qu'il est important que les femmes incarcérées fassent partie des décisions relatives à leur avenir et aux soins qu'elles reçoivent, notamment pour ce qui est de définir leur propre famille.(22) (voir le principe directeur 2)
9. Les femmes enceintes et les mères incarcérées devraient être informées de leurs choix et de leurs droits.
10. Les traditions et croyances religieuses, culturelles et spirituelles des femmes concernant la grossesse, l'accouchement et le rôle parental devraient être respectées à condition qu'elles ne compromettent pas la sûreté et la sécurité.(25)
11. Des soins de santé respectueux qui tiennent compte des besoins, des traumatismes passés et des défis liés à la consommation antérieure de drogue ou d'alcool devraient être offerts à toutes les femmes incarcérées; le personnel correctionnel devrait être sensible aux répercussions des sévices physiques, psychologiques ou sexuels sur la vie des femmes.(26, 27)

12. Les femmes enceintes ou en période postpartum qui sont incarcérées devraient recevoir des soins de santé individuels complets et globaux appropriés, grâce à un plan de soins de santé individualisé, élaboré en collaboration avec un professionnel de la santé qualifié. Dans les établissements correctionnels, les femmes enceintes et en période postpartum, ainsi que leurs bébés et leurs enfants, devraient recevoir une alimentation adéquate et en temps opportun, vivre dans un milieu sain et avoir l'occasion de faire de l'exercice régulièrement, d'une façon semblable à ce qui est offert dans la collectivité.(1)
13. Il est important de cerner et de miser sur les forces et les facteurs de protection des femmes incarcérées, de leurs familles et de leurs collectivités.(22) Le fait de mettre l'accent sur les facteurs de protection, comme l'amélioration du logement et de la nutrition, peut permettre d'améliorer la situation des mères et de leurs enfants, et d'ainsi réduire les préjudices.
14. Dans la planification de la libération, un continuum d'aide devrait être accessible et offert aux femmes et à leurs familles, afin d'appuyer et de respecter les objectifs des femmes en matière de changement. De plus, la gestion intégrée de cas, notamment la continuité des soins médicaux, devrait être activement supportée lors de la libération dans la collectivité, afin de stabiliser et de favoriser la relation mère-enfant.
15. La collaboration entre les ministères/établissements correctionnels et les ministères/organismes de santé communautaire est favorisée afin d'offrir des soins ininterrompus aux participants de l'unité mère-enfant.

MEILLEURES PRATIQUES POUR APPUYER LES PRINCIPES DIRECTEURS

1. Meilleures pratiques pour le milieu correctionnel

- a. Les mères incarcérées et leurs enfants jusqu'à l'âge de quatre ans sont admissibles à participer aux programmes mère-enfant dans les établissements correctionnels.
- b. Le seuil établi pour la protection de l'enfant permettant de déterminer s'il peut vivre avec la mère devrait être le même que celui appliqué dans les situations dans la collectivité.
- c. Si une mère est exclue du programme mère-enfant, un processus d'examen accéléré automatique devrait être offert pour la révision de la décision. La mère devrait avoir accès à un avocat, désigné ou de son choix. (28)
- d. Quand une mère et son enfant sont hébergés dans un établissement correctionnel, une équipe interministérielle interdisciplinaire sera engagée dans un dialogue avec la mère, qui peut comprendre :
 - i. Des représentants des autorités de protection de l'enfance, notamment le travailleur social principal et le chef de l'équipe responsable de la planification et de la prise de décision pour l'enfant si les autorités de protection de l'enfance sont mêlées à ce dossier.
 - ii. Des représentants du Service correctionnel du Canada (SCC) provincial ou fédéral et du ministère de la Justice, notamment le coordonnateur des cas, le directeur ou la personne désignée par celui-ci, et le gestionnaire des soins de santé de l'établissement correctionnel.
 - iii. Les cliniciens qui participent à ses soins, notamment le médecin traitant, ou la sage-femme, l'infirmier ou le travailleur social, le chef de l'unité de maternité ou l'infirmier responsable.
 - iv. La mère et les membres de la famille immédiate ou élargie (identifiés par la mère).
 - v. Cette équipe peut aussi inclure, au besoin :
 1. un conseiller/aîné autochtone ou des représentants de la bande (PNIM) possédant un bagage culturel pertinent ou une bonne connaissance de la langue;
 2. un conseiller en toxicomanie de la collectivité, de l'établissement correctionnel ou du milieu hospitalier;
 3. un infirmier en santé communautaire ou en santé publique;
 4. un conseiller spirituel.
- e. Le processus décisionnel (d'héberger la mère et l'enfant) devrait se dérouler rapidement pour qu'il n'y ait pas d'interruption dans le lien et que l'attachement puisse se faire tout de suite après la naissance afin de minimiser le stress. Le stress causé par la séparation possible de la mère et de l'enfant peut avoir des effets néfastes sur la grossesse et sur l'enfant.
- f. Afin de préserver la confidentialité des femmes qui utilisent des ressources dans la collectivité, il est préférable que les agents correctionnels ne portent pas d'uniforme quand ils accompagnent la mère (et l'enfant) dans la collectivité. Il est fortement recommandé de ne pas utiliser de moyens de contention.
- g. Il est préférable que la mère et l'établissement correctionnel signent une entente parentale individualisée qui précise les conditions en vertu desquelles l'enfant habitera dans l'établissement correctionnel.

2. Meilleures pratiques pour la grossesse

- a. Toutes les femmes incarcérées devraient avoir rapidement accès à un test de grossesse. Le responsable des soins de santé de l'établissement correctionnel devrait avertir l'hôpital local dès que la femme incarcérée entame le troisième trimestre de la grossesse.
- b. La planification de la libération devrait commencer au moment de la confirmation de la grossesse. Consultez la section 7 ci-dessous pour plus de détails.

Lignes directrices pour la mise en œuvre des unités mère-enfant dans les établissements correctionnels canadiens

- c. Les femmes enceintes devraient avoir accès à des cours prénataux et à des programmes parentaux, et être encouragées à y participer, soit au sein de l'établissement correctionnel ou dans la collectivité.
- d. Il convient d'envisager la possibilité d'offrir aux femmes enceintes un emploi et des loisirs qui leur conviennent, de façon à assurer un équilibre entre le repos, l'exercice/ l'activité saine et la participation, ainsi que l'accès à un soutien culturel pour favoriser leur santé émotionnelle et spirituelle.
- e. Les responsables des soins de santé de l'établissement correctionnel devraient recommander des produits pour soulager les malaises courants pendant la grossesse (p. ex., des oreillers ou couvertures supplémentaires, des sacs de glace ou des coussins chauffants).
- f. Les besoins nutritionnels accrus des femmes enceintes devraient être pris en considération et comblés.
- g. Dans la mesure du possible, les femmes enceintes devraient pouvoir recevoir des soins de santé pendant leur grossesse offerts par l'établissement correctionnel, notamment les services d'une sage-femme ou d'une doula, ainsi que les services d'un conseiller spécialisé en traumatismes.
- h. La grossesse et l'accouchement pendant l'incarcération peuvent être des expériences traumatisantes. Tous les efforts devraient être déployés pour offrir un accès direct et rapide à des soins de santé pendant ce temps.
- i. La femme devrait être encouragée à choisir une personne qui la soutiendra pendant le travail et l'accouchement; il pourrait s'agir d'une doula, d'un membre de la famille ou d'un ami.
- j. Toutes les femmes enceintes devraient recevoir des soins qui respectent leurs différences culturelles avant, pendant et après l'accouchement. Par exemple, les interventions devraient respecter les pratiques autochtones sur demande et dans la mesure du possible.

3. Meilleures pratiques pour la naissance

- a. Le responsable des soins de santé de l'établissement correctionnel devrait avertir l'hôpital local de la date présumée de l'accouchement quand la femme entame le troisième trimestre de grossesse. (voir 2b)
- b. Le professionnel de la santé (médecin ou sage-femme), en collaboration avec la femme, devrait créer un plan de soins de santé individualisé pour la femme et son bébé pour la période intrapartum et postpartum, ainsi que pour son retour à l'établissement correctionnel.
- c. Quand les contractions régulières commencent, l'établissement correctionnel devrait avertir l'hôpital ou le professionnel de la santé (médecin ou sage-femme) comme convenu antérieurement, avant de déplacer la femme de à l'extérieur de l'établissement correctionnel.
- d. Quand les contractions régulières commencent, l'établissement correctionnel devrait aussi avertir la personne de soutien choisie par la femme (voir 2h).
- e. La femme devrait avoir l'occasion de parler directement avec le personnel de la santé (soit son professionnel de la santé à l'établissement correctionnel ou le personnel hospitalier) avant de quitter l'établissement correctionnel.
- f. La femme qui accouche devrait être escortée à l'hôpital par au moins une agente correctionnelle.
- g. Dans les établissements où le niveau de sécurité le permet, la meilleure pratique serait que l'agente correctionnelle qui escorte la femme ne soit pas présente dans la salle d'accouchement pendant le travail et l'accouchement, à moins que la femme le demande. Si la femme demande à l'agente correctionnelle de rester dans la salle d'accouchement, la femme doit fournir son consentement verbal devant un professionnel de la santé qui agira comme témoin. Il est important de mentionner que la femme peut changer son consentement en tout temps.
- h. En vertu des normes internationales, aucun appareil de contention mécanique ne peut être utilisé en tout temps pendant le travail et l'accouchement, et immédiatement après la naissance, en aucun cas.(1)

4. Meilleures pratiques pour le soin des femmes/des enfants dans les établissements correctionnels

- a. Il est important que le personnel de l'établissement correctionnel soit empathique et qu'il connaisse bien la réalité des femmes et des enfants dans les milieux correctionnels. En ce sens, des séances d'orientation et de formation supplémentaires devraient être offertes aux agents des établissements correctionnels et communautaires (voir éducation 6c)
- b. Les tâches du personnel pourraient inclure : escorter les femmes à des activités se déroulant à l'extérieur des établissements correctionnels (organismes communautaires), aider les mères à offrir des activités appropriées à leurs enfants, favoriser la participation de la mère à des programmes parentaux.
- c. Quand elle accompagne son enfant à des rendez-vous médicaux ou à d'autres activités qui se déroulent dans la collectivité, la mère est responsable de la sécurité de l'enfant et des soins à lui prodiguer. La mère et les agents correctionnels devraient recevoir des instructions sur la façon adéquate d'utiliser les dispositifs de sécurité comme les sièges d'auto. La mère devrait accompagner l'enfant à tous les rendez-vous et programmes qui ont lieu dans la collectivité. Dans le cas où la mère est dans l'impossibilité d'accompagner son enfant, il faut faire appel à une escorte préalablement approuvée pour l'enfant.
- d. Le placement d'autres femmes incarcérées dans l'unité mère-enfant devrait être décidé au cas par cas. Un mélange de mères et de non-mères sélectionnées est recommandé.(29,30)
- e. La femme devrait avoir accès, dans la mesure du possible, à un éventail d'activités sociales et professionnelles, et d'activités de développement d'aptitudes à la vie quotidienne/activités utiles à la vie courante, semblables à celles offertes aux autres femmes de l'établissement correctionnel. Il conviendrait de faciliter l'accès aux cérémonies, aux aînés et aux activités culturellement appropriées. La responsabilité principale de la femme est de s'occuper de son enfant, et ceci devrait être pris en considération lors de la création du plan d'exécution de la peine.
- f. Si la femme allaite, elle devrait avoir accès à un lieu privé pour allaiter quand le bébé a besoin de boire.(31)
- g. Seuls les mères, les gardiennes approuvées et le personnel des services de santé devraient avoir le droit de s'occuper des bébés/enfants. En cas d'urgence, quand la sûreté et la sécurité sont considérées comme étant à risque, le personnel de l'établissement correctionnel peut s'occuper de l'enfant afin de remédier à la situation d'urgence. Comme c'est également le cas dans la collectivité, personne ne devrait toucher à un nouveau-né sans avoir reçu l'approbation préalable de la mère.
- h. Les mères devraient nommer d'autres femmes comme gardiennes. Les candidates au poste de gardienne feront l'objet d'une inspection. Si elles sont approuvées, les gardiennes devraient assister à des séances d'orientation et de formation, et devraient signer une entente contenant des règles applicables.
- i. Chaque mère devrait avoir un lit pour bébé à côté de son lit pour y coucher son bébé, pour qu'elle puisse reconforter et prendre soin de son bébé à toute heure du jour.
- j. Tout doit être fait pour s'assurer que les nouveau-nés et les enfants évoluent dans un milieu sécuritaire. Il conviendrait de faciliter l'accès à des programmes communautaires pour la mère et l'enfant, comme des activités parentales, récréatives, ainsi que des programmes de premiers soins et de développement de la petite enfance. Si la situation de détention ne permet pas à la mère de sortir dans la collectivité, les organismes communautaires devraient être encouragés à offrir ces activités dans l'établissement correctionnel.
- k. Il est recommandé d'établir un processus permettant la communication et le transfert d'information dans les deux sens entre la mère et le personnel de l'établissement correctionnel. Il est utile d'identifier une source de renseignements cohérente (c.-à-d. un membre du personnel désigné) pour aider à résoudre les problèmes de communication.(30)
- l. Dans les cas où une autorité de la protection de l'enfance fait partie du dossier, les visites avec la mère, l'enfant ou la famille élargie devraient être établies en consultation avec un représentant des autorités de protection de l'enfance.

- m. L'environnement de l'unité mère-enfant devrait être adapté à l'âge de l'enfant. Ceci signifie notamment qu'il devrait y avoir du matériel, des jouets, des livres et des aires de jeu (intérieures et extérieures) appropriés à l'âge de l'enfant et des lieux de vie sécuritaires pour un enfant.

5. Meilleures pratiques pour les soins médicaux

- a. Si la femme enceinte dépendante à un opiacé est en sevrage, ceci peut être néfaste pour le bébé. Si elle est sous opiacé au moment de l'accouchement, le nouveau-né doit être évalué pour le sevrage de l'opiacé ou du médicament. (32,33)
- b. La femme devrait avoir accès à des soins médicaux appropriés et à des examens prénataux et postpartum comme toutes les femmes dans la collectivité. Toutes les femmes enceintes devraient recevoir des soins prénataux de qualité équivalente à ceux offerts dans la collectivité, notamment l'évaluation de problèmes de santé comme le VIH et l'hépatite C, et une consultation avec un obstétricien au besoin.
- c. Le nouveau-né/l'enfant devrait avoir accès à des soins médicaux et à des examens pour évaluer son développement, en collaboration avec les services de santé communautaire, comme tous les enfants dans la collectivité. Par exemple, les soins médicaux et le suivi peuvent être effectués par les médecins et les professionnels de la santé à l'établissement correctionnel, et aussi par les infirmières communautaires en santé publique.
- d. Le personnel des services de santé de l'établissement correctionnel affecté aux établissements correctionnels pour femmes est invité à effectuer de la formation médicale continue (FMC), comme exigé par leur organisme d'accréditation professionnel, relativement aux soins maternels et infantiles.

6. Meilleures pratiques pour l'éducation

- a. L'éducation sur l'importance d'offrir des soins de façon respectueuse et sans poser de jugement, pour la mère et l'enfant, peu importe leur expérience de vie antérieure et leur histoire, notamment l'exposition à des substances, est recommandé pour tous les groupes énumérés à 6.c. ci-dessous.
- b. L'éducation et la formation sur le savoir-faire culturel est recommandé pour tous les groupes énumérés à 6.c. ci-dessous. Un exemple de formation sur le savoir-faire culturel est le Indigenous Cultural Competency Course offert en ligne par la Provincial Health Services Authority.(34)
- c. De la formation spécifique est recommandée pour les groupes suivants, conformément au ministère de la Santé ou à l'autorité sanitaire locale de l'établissement correctionnel.
 - i. La formation du personnel de l'établissement correctionnel devrait inclure : les preuves sur les conséquences à long terme en matière de santé (p. ex., preuves sur les bienfaits de l'allaitement et l'importance du lien mère-nourrisson et preuves épigénétiques); soins des nouveau-nés et des mères; trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale; réanimation cardiopulmonaire; normes fondamentales en matière de sécurité des enfants et utilisation sécuritaire du matériel (p. ex., sièges d'auto); attachement mère-enfant; quand faire appel à des soins médicaux/infirmiers; compréhension et appui de l'allaitement; soins qui tiennent compte des traumatismes; sensibilisation à la détection des préoccupations en matière de protection de l'enfant et formation en ce sens;
 - ii. La formation du personnel des services de santé de l'établissement correctionnel (c.-à-d. les médecins et le personnel infirmier) devrait inclure la FMC sur les soins aux nouveau-nés, ainsi que sur les soins prénataux et postnataux (voir aussi 5d);
 - iii. La formation du personnel hospitalier communautaire fournissant soins prénatals et postnataux ainsi que des soins pendant la naissance aux femmes incarcérées devrait être axée sur l'importance d'aider les femmes incarcérées à devenir des mères et à prendre soin de leurs enfants. Il faut prendre toutes les dispositions possibles pour que l'interaction mère-enfant (c.-à-d. peau-à-peau à la naissance, cohabitation, allaitement, câlins/prendre le bébé) soit aussi bonne que dans la collectivité;

- iv. Les organismes communautaires qui offrent des services dans les établissements correctionnels devraient recevoir une formation sur la réalité des milieux correctionnels;
- v. Les femmes incarcérées devraient avoir accès à de l'éducation et de la formation individualisée sur les aptitudes de la vie quotidienne afin de renforcer leurs compétences en matière de soins des enfants dans l'établissement correctionnel et dans la collectivité. Cette formation devrait comprendre : faire les achats et faire un budget; préparer la nourriture et cuisiner; développement/comportement du nouveau-né/de l'enfant; nutrition du nouveau-né/de l'enfant; entretien domestique de base; et création d'un milieu de vie sécuritaire et adapté à l'âge de l'enfant.

7. Meilleures pratiques pour la planification de la libération

- a. Selon les normes internationales, une évaluation du meilleur intérêt de l'enfant devrait servir de guide :(1,35)
 - i. L'enfant devrait être respecté en tant que personne et reconnu comme la partie la plus vulnérable dans les procédures;
 - ii. Les décisions quant au placement devraient d'abord tenir compte de l'importance de la relation d'attachement de l'enfant;
 - iii. L'enfant devrait pouvoir bénéficier de conditions de vie stables à long terme le plus tôt possible;
 - iv. La personne qui s'occupe de l'enfant en tant que parent devrait pouvoir lui offrir un niveau de soins décent.
- b. Afin d'assurer le succès de la libération dans la collectivité et d'assurer la continuité des soins, les processus suivants devraient être inclus dans la planification de la libération :
 - i. La femme doit participer à tous les aspects de son plan de libération, afin qu'elle puisse parler de ses inquiétudes et de ses besoins en matière de soutien avant sa libération;
 - ii. La planification de la libération devrait commencer avec la femme et l'équipe interdisciplinaire/de l'organisme dès que la grossesse est confirmée;
 - iii. Les réunions de planification de la libération devraient continuer pendant toute la durée de la peine de la femme;
 - iv. Un processus devrait être en place, étayé et documenté, concernant le soutien et le suivi spécifique dont auront besoin la femme et son enfant dans la collectivité;
 - v. Un représentant ou un travailleur social des autorités de protection de l'enfance pourrait être affecté à des cas individuels, ou à l'établissement correctionnel, afin de faciliter la planification de la libération.
- c. Il serait important de considérer ce type de soutien dans la planification de la libération de la mère avec son enfant :
 - i. Continuité des soins médicaux offerts par les mêmes professionnels de la santé pour la mère et l'enfant, ce qui comprend le partage de renseignements médicaux entre les professionnels de la santé avec le consentement de la femme;
 - ii. Aide quant à l'hébergement;
 - iii. Soutien approprié dans la collectivité;
 - iv. Participation de la famille élargie et/ou placement;
 - v. Traitement et soutien pour les problèmes de toxicomanie dans la collectivité, si nécessaire;
 - vi. Si la femme fait partie d'une communauté autochtone, le retour dans sa communauté devrait être encouragé, en lui fournissant les liens nécessaires pour des programmes et services offerts dans la communauté.

8. Meilleures pratiques pour l'évaluation

- a. Tous les projets d'évaluation de recherche doivent être régis par les examens du Comité d'éthique de la recherche en fonction de l'Énoncé de politique des trois Conseils canadien, qui comprend les politiques en matière de confidentialité et de participation.⁽³⁷⁾
- b. Les futures évaluations du programme mère-enfant devraient contenir les recommandations suivantes des Nations Unies :
 - i. On s'efforcera d'organiser et de promouvoir des recherches exhaustives axées sur les infractions commises par les femmes, les raisons qui entraînent des démêlés avec le système de justice pénale, les répercussions de la criminalisation secondaire et de l'emprisonnement sur les femmes, les caractéristiques des contrevenantes, ainsi que les programmes conçus pour réduire le taux de récidive des contrevenantes, comme base de la planification, de la création de programmes et de l'élaboration de politiques efficaces pour répondre aux besoins en matière de réintégration sociale des contrevenantes;
 - ii. On s'efforcera d'organiser et de promouvoir des recherches sur le nombre d'enfants touchés par les démêlés de leur mère avec le système de justice pénale, et l'emprisonnement en particulier, ainsi que les répercussions sur les enfants, afin de contribuer à l'élaboration de politiques et à la création d'un programme, en tenant compte du meilleur intérêt des enfants;
 - iii. On s'efforcera d'examiner, d'évaluer et de rendre périodiquement public les tendances, les problèmes et les facteurs associés aux comportements délictueux des femmes, ainsi que l'efficacité de l'intervention en vue de répondre aux besoins en matière de réintégration des contrevenantes, et à ceux de leurs enfants, afin de réduire la stigmatisation et les répercussions négatives des démêlés de ces femmes avec le système de justice pénale sur les enfants.
- c. Les établissements correctionnels recueillent couramment des données afin d'évaluer le taux de récidive pour évaluer l'efficacité des programmes visant à réduire le taux de récidive. Ainsi, il faudrait se poser systématiquement la question suivante : « Les changements dans le taux d'incarcération chez les femmes sont-ils liés à leur participation à des programmes mère-enfant au sein de l'établissement correctionnel? (Le petit échantillonnage et le manque de groupes témoins pourraient empêcher d'établir un lien de causalité.)
- d. Quand un établissement correctionnel crée une unité mère-enfant, un cadre d'évaluation du programme devrait être mis en œuvre pour évaluer l'efficacité de la mise sur pied du programme. Ainsi, des données provenant de l'évaluation de plusieurs méthodes peuvent être recueillies pour certains ou pour tous les 49 éléments/articles mentionnés ci-dessus dans les pratiques afin d'appuyer les meilleures pratiques qui elles, appuient les principes directeurs : 1. Meilleures pratiques pour le milieu correctionnel (a-g); 2. Meilleures pratiques pour la grossesse (a-h); 3. Meilleures pratiques pour la naissance (a-h); 4. Meilleures pratiques pour le soin des femmes/des enfants dans les établissements correctionnels (a-m); 5. Meilleures pratiques pour les soins médicaux (a-d); 6. Meilleures pratiques pour l'éducation (a-c); et, 7. Meilleures pratiques pour la planification de la libération (a-c).
- e. Des recherches doivent être effectuées sur les conséquences à long terme afin d'évaluer l'incidence des unités mère-enfant. On devrait encourager les établissements d'enseignement et les organismes de santé communautaire à favoriser des partenariats de recherche avec les établissements correctionnels afin d'effectuer des évaluations multidisciplinaires prospectives de méthodes mixtes (qualitative et quantitative) à long terme des changements à la santé maternelle et infantile entraînés par la mise en œuvre de programmes sur les meilleures pratiques pour les mères et les enfants dans les établissements correctionnels. Les facteurs de recherches à considérer devraient être les suivants :
 - Nouveau-né/enfant : Les enfants ont-ils créé un lien affectif/d'attachement avec la mère? Quelle a été la durée de l'allaitement? L'enfant a-t-il atteint les stades de développement appropriés en fonction de son âge? Quels sont les indicateurs de santé et de développement social à long terme (p. ex., intervention future des autorités de protection de l'enfance)? Quelles répercussions les unités mère-enfant ont-elles

- sur les facteurs de santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle de l'enfant?
- Mère : De quelles façons la mère a-t-elle atteint ses propres objectifs? A-t-elle appris ce qu'elle souhaitait apprendre? De quelles façons cette expérience l'a-t-elle transformée? Quelles sont les répercussions de cette expérience sur la santé à long terme de la mère? Quelle est l'incidence des unités mère-enfant sur les facteurs de santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle de la mère?
 - Répercussions au sein de l'établissement correctionnel : Quelle est l'incidence de l'unité mère-enfant sur la santé et le bien-être social des autres femmes incarcérées et du personnel de l'établissement correctionnel? Sur d'autres aspects des pratiques, des programmes ou des expériences dans le milieu correctionnel.
 - Aspects culturels : Quelles sont les répercussions de ces expériences sur l'héritage générationnel des familles quant à la séparation mère-enfant (p. ex., incarcération, foyers d'accueil, pensionnats)? Comment la mère et l'enfant sont-ils accueillis dans la collectivité/famille après la libération? Comment la mère se sent-elle par rapport à son rôle et à son identité?
 - Libération dans la collectivité : Des arrangements ont-ils été pris pour un logement supervisé après la libération? Y a-t-il du soutien continu en place (notions de vie quotidienne, parentales, financières et de santé publique) pour la mère et l'enfant après la libération? Bénéficieront-ils d'un soutien familial après la libération?
 - Facteurs économiques : Y a-t-il un retour sur l'investissement (c.-à-d. l'investissement dans la petite enfance)?

ANNEXE 1 – GLOSSAIRE

Autochtone est un terme utilisé dans les lignes directrices qui comprend trois groupes de personnes au Canada : les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM).

L'attachement est un concept appliqué à la relation de la mère avec le nourrisson/l'enfant et les autres personnes qui s'occupent de lui. L'attachement constitue un processus neurobiologique chez l'enfant qui se produit au cours de la première année de vie; l'attachement est catégorisé comme étant sécurisant ou insécurisant (ce dernier étant caractérisé par le type évitant, résistant ou désorganisé); il devient un système qui est déclenché pour protéger l'enfant pendant des situations de peur, de maladie ou de danger; il influence la structure des relations futures et permet de prévoir le développement social et émotionnel de l'enfant.

La formation de lien affectif est un concept appliqué à la relation de la mère avec le nourrisson/l'enfant, particulièrement pendant la période néonatale, qui décrit l'effet positif de la mère envers le nourrisson et le réconfort qu'elle lui apporte en étant près de lui, notamment par le regard, les vocalisations, le toucher affectueux et le contact peau-à-peau. (La formation de lien affectif est un concept différent de l'attachement et ces deux termes ne devraient pas être utilisés de façon interchangeable).

Établissement correctionnel est le terme utilisé dans les lignes directrices pour désigner une institution correctionnelle qui détient des femmes.

La sécurisation culturelle décrit une rencontre pendant laquelle la cliente se sent respectée et autonomisée, et que sa culture et ses connaissances sont prises en considération. La sécurisation culturelle décrit le sentiment de la cliente pendant la rencontre, tandis que la compétence culturelle **constitue les habiletés requises par un professionnel pour s'assurer que la cliente se sent en sécurité.**

ANNEXE 2 – LES PROCESSUS DE RÉDACTION

Le Collaborating Centre for Prison Health and Education (CCPHE) a organisé une séance de travail les 14 et 15 mars 2014 à l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver, afin de produire des lignes directrices de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Pendant la séance de travail, des experts étaient invités à présenter au cours de quatre groupes de discussions intitulés « les droits de l'enfant », « le milieu correctionnel », « plans et programmes » et « évaluation ».

Les organismes partenaires étaient invités à contribuer à la rédaction des lignes directrices en choisissant des représentants délégués qui seraient invités à participer à la séance de travail et qui passeraient en revue/modifieraient l'ébauche des lignes directrices.

Tous les délégués de la séance étaient invités à donner leur consentement pour l'enregistrement vidéo et audio de la séance. Les présentations et les discussions ont été enregistrées (à l'aide de notes dactylographiées sur le terrain, de notes écrites à la main, d'enregistrement vidéo et audio et de diapositives PowerPoint) et certains enregistrements audio ont ensuite été transcrits par des assistants bénévoles.

Le CCPHE a embauché Sarah Payne pour rédiger un cadre initial pour les lignes directrices, basé sur son analyse du compte-rendu de la réunion. Le cadre des lignes directrices a été modifié de façon itérative comme suit :

- Chaque audiotypiste a comparé et mis en évidence les codes et les thèmes qui émergeaient de chaque transcription avec le cadre des lignes directrices, et a fait ressortir tout nouveau thème important; les nouveaux thèmes ont été incorporés dans le cadre des lignes directrices;
- Toutes les transcriptions et les données tirées des séances ont été passées en revue une dernière fois, à la recherche de tout thème « nouveau » qui n'était pas encore inclus dans le cadre des lignes directrices;
- Finalement, nous avons examiné et cité les publications de recherche et les ressources internationales, qui ont été présentées par les experts en tant que preuve pendant la séance de travail.

Tous les membres du comité de planification ont passé en revue et approuvé l'ébauche des lignes directrices. L'ébauche des lignes directrices a été distribuée à tous les délégués de la séance, en les invitant à faire des commentaires et modifications. Chaque commentaire reçu a été comparé et différencié/mis en évidence par rapport aux « données » générées pendant la séance de travail, et a été examiné séparément pour inclusion dans les lignes directrices.

En juin 2014, tous les délégués de la séance ont reçu l'avant-dernière version des lignes directrices, à transmettre aux organismes qu'ils représentent pour approbation des lignes directrices.

L'annexe 7 comprend une liste des organismes qui ont approuvé les lignes directrices au moment de la publication (le 15 novembre 2015).

ANNEXE 3 – REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement les organismes suivants de leur soutien financier sans restriction pour la séance de travail sur la santé des mères et des enfants en prison du CCPHE :

- Autorité sanitaire Interior
- Autorité sanitaire des Premières nations
- Native Youth Sexual Health Network
- Université Fraser Valley, Centre for Safe Schools and Communities
- Autorité sanitaire Vancouver Island
- Women’s Health Research Institute
- Provincial Health Services Authority

Les représentants délégués des organismes partenaires suivants ont participé à la séance de travail et au processus de révision.

Aboriginal Mother Centre Society	Chelsea Bowers & Lulla Sierra Johns
BC Civil Liberties Association	Grace Pastine
BC Corrections, Alouette Correctional Centre for Women	Ardith Watson, Bonnie Smith, Debbie Hawboldtm Barbara Collis, & Martina Cahill
BC Corrections, Research Evaluation and Planning	Carmen Gress
BC Government and Employee Services Union	Jan Wilson
BC Ministry of Children and Family Development	Yasmin Remtulla
BC Ministry of Children and Family Development, Child Welfare and Youth Services Policy, Policy and Provincial Services	James Wale
BC Ministry of Health, Healthy Development and Women’s Health Directorate	Carolyn Solomon
BC Women’s Hospital	Cheryl Davies
Bonding Through Bars	Samantha Sarra
Réseau canadien autochtone du sida	Jessica Danforth
Canadian Friends Service Committee	Sarah Chandler
Collaborating Centre for Prison Health and Education	Ben Fussell, Debra Hanberg, & Ruth Elwood Martin
Le Collège des médecins de famille du Canada, Soins de maternité et de périnatalité	William Ehman
Conseillère pour les mères incarcérées	Alison Granger-Brown
Service correctionnel du Canada	Chantal Allen
Service correctionnel du Canada, Établissement de la vallée du Fraser Institution	Nellie Taylor, Marie Verbenkov, & Elizabeth Watt
Elizabeth Fry Society of Greater Vancouver	Jodi Sturge
Family Help Trust, Nouvelle-Zélande	Libby Robins
Fir Square Program, BC Women’s Hospital	Georgia Hunt
Autorité sanitaire des Premières nations	Naomi Dove

Autorité sanitaire Fraser	Sarah Kaufman, Pam Munro, & Michelle Urbina-Beggs
Health and Early Learning Project (HELP), UBC	Michele Sam
Institute of Health Economics and Bonding with Babies Society	Amy Salmon
Native Youth Sexual Health Network	Krysta Williams
New Zealand Department of Corrections	Tracy Cherie Tyro
Nicola Valley Institute of Technology	Lara-Lisa Condello
Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada	Ivan Zinger
Représentante du Bureau des enfants et de la jeunesse	Melanie Mark
Gestionnaire des soins de santé à la retraite, Fir Square Program, BC Women's Hospital	Sarah Payne
Gardiennne de prison à la retraite, Services correctionnels de la Colombie-Britannique	Brenda Tole & Nancy Wrenshall
La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	Elizabeth Harrold
Surrey Women's Centre	Noreen Baker
Université de la Colombie-Britannique, pratique sage-femme	Saraswathi Vedam & Allison Campbell
Université de la Colombie-Britannique, département de pédiatrie	Andrew Macnab
Université de la Colombie-Britannique, département de psychiatrie	Adele Diamond
Université Fraser Valley, faculté de criminologie	Hayli Millar
Centre Vanier pour les femmes/The Birthing Well Collective/The Barbra Schlifer Clinic	Lisa Marie Thibodeau
Westcoast Family Centres Society	Freeza Anand & Wendy Fitzjohn
Winteringham MacKay Law Corporation	Janet Winteringham
Women in2 Healing	Amanda Edgar, Christine Hemmingway, Mo Korchinski, Devon (and Dallas) MacDonald, & Pamela Young

Participation par Skype :

Center for Children and Families, Université Columbia, New York	Mary Byrne
Gardiennne de prison à la retraite, Bedford Hills Correctional Facility for Women, New York	Elaine Lord

Nous remercions sincèrement les personnes suivantes pour leur aide indispensable, notamment pour leur aide administrative pour la séance, la transcription et l'analyse thématique :

University of the Fraser Valley, Centre for Safe Schools and Communities	Jess McBeth Shawnda Johnston
Kwantlen University	Alejandra Almendares Desiree Menning
Le programme de maîtrise en hygiène publique de la UBC et du CCPHE	Alex Nunn
UBC, résidence en psychiatrie	Pulkit Singh

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur aide professionnelle :

- Debra Hanberg et Renee Turner, pour la coordination de l'événement public du 13 mars et la séance de travail des 14 et 15 mars 2014;
- Robert Turner, de Circle Production Company, pour l'enregistrement vidéo de la séance;
- Sarah Payne, pour avoir guidé la création de l'ébauche et la rédaction des lignes directrices.

Membres du comité de planification :

- Mo Korchinski, Women in2 Healing
- Jessica Danforth, Réseau canadien autochtone du sida
- Brenda Tole, BA, gardienne de prison à la retraite
- Amy Salmon, PhD, Institute of Health Economics
- Alison Granger-Brown, MA, PhD, conseillère pour les mères incarcérées
- Debra Hanberg, coordonnatrice de projet, Collaborating Centre for Prison Health and Education
- Ruth Elwood Martin, MD, FCFP, MPH, maîtrise en hygiène publique, Collaborating Centre for Prison Health and Education

ANNEXE 4 – PRÉSENTATION DES PANELS DE LA SÉANCE DE TRAVAIL

Panel 1 – Les droits de l'enfant (facilitatrice Jessica Danforth)

- Michele Sam PhD (cand), Ktunaxa Nation, UBC HELP
- Ivan Zinger JD Ph.D., directeur exécutif et avocat général, Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada
- Melanie Mark, Associate Deputy Representative, Advocacy, Aboriginal and Community Relations, Representative for Children and Youth, Burnaby
- Janet Winteringham QC, Counsel for BC Civil Liberties Association
- William Ehman MD, programme de soins de maternité et de périnatalité, Collège des médecins de famille du Canada

Panel 2 – Le milieu correctionnel (facilitatrice Debbie Hawboldt)

- Tracy Tyro, directeur de prison par intérim, Christchurch Women's Prison, Dept. of Corrections, Nouvelle-Zélande
- Chantal Allen, agente principale de projet, interventions et politiques, Secteur des délinquantes, Service correctionnel Canada
- Nancy Wrenshall, gardienne de prison à la retraite (Burnaby Correctional Centre for Women et Fraser Valley Institute)
- Brenda Tole, gardienne de prison à la retraite (Alouette Correctional Centre for Women)
- Mary W. Byrne Ph.D., directrice, Center for Children and Families, Columbia University, NY (par Skype)
- Elaine Lord, Bedford Hills Correctional Facility for Women, New York (par Skype, sur l'heure du dîner)

Panel 3 – Chemins et programmes pour les soins mère-enfant (facilitatrice Alison Granger-Brown)

- Libby Robins, Directrice de Family Help Trust, Nouvelle-Zélande
- Lisa Marie Thibodeau, Centre Vanier pour les femmes/The Birthing Well Collective/The Barbra Schlifer Clinic
- Devon, une femme qui a vécu avec son bébé dans une unité mère-enfant dans une prison de la Colombie-Britannique
- Sarah Payne RN, ancienne directrice des soins de santé, Fir Square Program, BC Women's Hospital
- Naomi Dove MD, Promotion de la santé et prévention des maladies, Autorité sanitaire des Premières nations
- Yasmin Remtulla MSW, travailleur social hospitalier, BC Ministry of Children and Family Development

Panel 4 – Évaluation (facilitatrice Mo Korchinski)

- Michele Sam PhD(cand), Ktunaxa Nation, UBC HELP
- Andrew Macnab MD, Professeur, UBC Department of Pediatrics
- Amy Salmon PhD, Directeur de l'Institute of Health Economics
- Carmen Gress PhD, Directeur de la recherche et la planification, B.C. Corrections, Ministry of Justice
- Mary Byrne PhD, Directrice of Center for Children and Families, Columbia University, New York (par Skype)

ANNEXE 5 – MATÉRIEL ÉDUCATIF RECOMMANDÉ

1. Indigenous Cultural Competency Course. Formation en ligne. Provincial Health Services Authority. Disponible sur : <http://www.culturalcompetency.ca/>
2. Site Web de KidCareCanada (www.kidcarecanada.org). Matériel vidéo pour aider les mères et le personnel à comprendre les mesures quotidiennes reconnues pour favoriser l'interaction mère-enfant et pour promouvoir le sain développement des nourrissons.
3. Relevé postnatal Rourke.(38) Disponible sur : http://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2014_Nat_Fr.pdf (38)
4. Children of Prisoners. University of Huddersfield (6)

ANNEXE 6 – RÉFÉRENCES

1. Nations Unies. Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes (Règles de Bangkok). Assemblée générale. 2011;(Mars).
2. Child, Family and Community Service Act [Internet]. Chapter 46 Canada: Queen's Printer, Victoria, Colombie-Britannique; Disponible sur : http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00_96046_01
3. Howard K, Martin A, Berlin LJ, Brooks-Gunn J. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. *Attach Hum Dev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 Dec 2];13(1):5–26. Disponible sur : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3115616&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D et coll. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid reporttechnology Assess* [Internet]. 2007;153(153):1–186. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764214>
5. Murgatroyd C, Spengler D. Epigenetics of early child development. *Front psychiatry* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Jun 2];2(April):16. Disponible sur : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3102328&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Jones AD, Wainaina-Wozna AE. *Children of Prisoners*. UK: University of Huddersfield; p. 658.
7. Zinger I. *Federally Sentenced Women. Prison Mother-Child Health*. Vancouver : Collaborating Centre for Prison Health and Education; 2014.
8. Cummingham A, Baker L. *Waiting for Mommy: Giving a Voice to the Hidden Victims of Imprisonment* [Internet]. *Prevention*. 2003 p. 1–70. Disponible sur : www.lfcc.on.ca/cimp.html
9. Reading CLR, Wien F. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health* [Internet]. Prince George; 2009. Disponible sur : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf
10. The Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW), particulièrement Article 16. Disponible sur : <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
11. Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Résolution 61/295. Assemblée générale des Nations Unies [Internet]. Nations Unies; 2007. Disponible sur : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf
12. Convention on the Rights of the Child [Internet]. Genève; 1989. Disponible sur : <http://www.ohchhttp://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
13. OMS. *The Right to Health, Fact Sheet N0. 31* [Internet]. Genève; 2008 p. 1–52. Disponible sur : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
14. OMS | Baby-friendly Hospital Initiative. Organisation mondiale de la Santé; [cited 2012 Feb 7]; Disponible sur : <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
15. Madadi P, Hildebrandt D, Lauwers AE, Koren G. Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Aug 19];8(4):e60600. Disponible sur : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3618438&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. [Internet]. *Journal of Advanced Nursing*. 2002. p. 62–3. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869667>
17. Ross HMJ. *Inglis v. Colombie-Britannique (Minister of Public Safety)*. Vancouver; 2013. p. 190.
18. Byrne MW, Goshin L, Blanchard-Lewis B. Maternal Separations During the Reentry Years for 100 Infants Raised in a Prison Nursery. *Fam Court Rev* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2013 May 28];50(1):77–90. Disponible sur : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3275801&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

19. Cassidy J, Ziv Y, Stupica B, Sherman LJ, Butler H, Karfgin A, et al. Attachment & Human Development Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. 2010;(November 2013):37-41.
20. Robins L. Mother and Baby Prison Units: An investigative study [Internet]. 2012. Disponible sur : extrait de [http://www.communitymatters.govt.nz/vwluResources/WCMT_Libby_Robins_2011_Final/\\$file/WCMT_Libby_Robins_2011_Final.pdf](http://www.communitymatters.govt.nz/vwluResources/WCMT_Libby_Robins_2011_Final/$file/WCMT_Libby_Robins_2011_Final.pdf)
21. Commissioner's Directive number 768. Institutional Mother-Child Program [Internet]. Ottawa; 2002 Sep. Disponible sur : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/768cd-eng.shtml>
22. Sam M. Indigenous Methodologies. Mother and Baby Prison Health Working Meeting. UBC, Vancouver : The Collaborating Centre for Prison Health and Education; 2014. p. Panel 4.
23. BC Public Service Corrections - Alouette Correctional Centre for Women [Internet]. 2013. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=Sjrrr8BB-0A>
24. Gouvernement du Canada, CS of CWOSSDC for W. Rapport sur les progrès réalisés depuis dix ans dans le domaine des services correctionnels pour femmes, 1996-2006
- Publications - Service correctionnel du Canada. 1er septembre 2002 [cité le 3 avril 2014]; Disponible sur : http://www.csc-scc.gc.ca/publications/fsw/wos24/principle_themes-fra.shtml
25. Health Professional working with First Nations, Inuit, and Métis Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2013 [cited 2014 Jun 13];35(6, S2):S1-S48. Disponible sur : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/06/gui293CPG1306E.pdf>
26. Poole N, Urquhart C, Talbot C. Women-Centred Harm Reduction. Vancouver; 2010. Report No.: Vol 4.
27. Thibodeau LM. Doula program in a provincial jail, the Birthing Well Collective. Mother and Baby Prison Health Working Meeting. UBC, Vancouver: The Collaborating Centre for Prison Health and Education; 2014. p. Panel 3.
28. M.03.02.08 Children in Prisons Application Assessment, NZ Department of Corrections.
29. Lord E. verbal communication, retired prison warden, Bedford Hills, NY. 2014.
30. Tole B. verbal communication, retired warden ACCW. Vancouver; 2014.
31. Baby-Friendly Hospital Initiative [Internet]. Organisation mondiale de la santé. New York; 2006. Disponible sur : http://www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section1.pdf
32. CPSBC. Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline [Internet]. Vancouver; 2014. Disponible sur : <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/MMP-Clinical-Practice-Guideline-2014-02.pdf>
33. SOGC. Substance Use in Pregnancy: SOGC Clinical Practice Guideline. J Obs Gynaecol Can [Internet]. 2011;33(4):367-84. Disponible sur : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui256CPG1104E.pdf>
34. PHSA. Indigenous Cultural Competency Course [Internet]. [cité le 15 juin 2014]. Disponible sur : <http://www.culturalcompetency.ca/>
35. Tyro T. New Zealand Mothers with Babies Units guided by the best interests of the child. Prison Mother- Child Health Working Meeting. UBC, Vancouver: The Collaborating Centre for Prison Health and Education; 2014. p. Panel 2.
36. Determining the Best Interests of the Child [Internet]. Genève; 2008. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/4566b16b2.pdf>
37. Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans [Internet]. 2010. Disponible sur : http://www.pre.ethics.gc.ca/pdf/eng/tcps2/TCPS_2_FINAL_Web.pdf
38. Uide GI. Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance. 2014.

ANNEXE 7 – APPROBATION DES LIGNES DIRECTRICES

Les organismes qui ont approuvé les lignes directrices au moment de la publication (novembre 2015):

- Aboriginal Mother Centre Society, conseil d'administration
- British Columbia Civil Liberties Association
- British Columbia Women's Hospital
- Bonding Through Bars
- CanFASD
- Secours Quaker Canadien
- Center for Children and Families, Columbia University, New York
- College of Family Physicians of Canada
- College of Midwives of British Columbia
- Elizabeth Fry Society, , régions du Grand Vancouver
- Family Help Trust, Nouvelle-Zélande
- Autorité sanitaire des Premières nations
- Conseil national des sages-femmes autochtones
- Native Youth Sexual Health Network
- New Zealand Department of Corrections
- Nicola Valley Institute of Technology
- Prisoners' Legal Services, un projet de la West Coast Prison Justice Society
- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- University of the Fraser Valley, College of Arts, doyen et faculté
- University of the Fraser Valley, Centre for Public Safety and Criminal Justice Research
- University of the Fraser Valley, Centre for Safe Schools and Communities
- Westcoast Family Centres Society
- Women in2 Healing

