



**L'Équipe de soutien
clinique et organisationnel**
en dépendance et itinérance

Mon plan de naissance

L'**Academy of Perinatal Harm Reduction** a élaboré un [modèle gratuit de plan de naissance](#) en ligne destiné aux parents qui consomment des substances psychoactives. Cet outil peut servir de point de départ dans l'élaboration d'un plan de naissance personnalisé. L'**ESCODI** a obtenu l'autorisation de le traduire et de l'adapter au contexte québécois.

Cet outil vise à intégrer les réalités liées à la consommation de substances psychoactives tout en contribuant à la prévention de la stigmatisation et de la retraumatisation. Le plan de naissance permet à la personne de mettre par écrit ce qui est important pour elle : ses priorités, ses besoins et les conditions essentielles à son bien-être. Il favorise l'expression de son pouvoir d'agir, notamment en l'aidant à préciser ses souhaits concernant son suivi ainsi que ses attentes envers son équipe de soins partenaire.

Il constitue également un outil de sensibilisation pour les équipes de soins, contribuant à réduire les risques de traumatismes, de retraumatisation et de violences institutionnelles et systémiques.

Il s'agit d'un outil supplémentaire qui peut être pertinent pour plusieurs personnes, tout en reconnaissant qu'il peut ne pas convenir à toutes.

Mon plan de naissance



Merci d'être à mes côtés pendant mon accouchement. Même si j'ai très hâte d'accueillir mon bébé, je me sens vulnérable, et peut-être même un peu effrayée.

Je compte sur vous pour me rassurer et me soutenir.
Voici comment vous pouvez m'aider :

Mon nom : _____ pronoms : _____

Ma personne de soutien : _____ pronoms : _____

Le nom de mon enfant : _____ pronoms : _____



Confidentialité

Afin de me sentir en confiance, il est important que mes renseignements personnels soient traités de manière strictement confidentielle. Ma consommation de substances psychoactives, actuelle ou passée, fait partie de mes informations médicales confidentielles. Je vous prie donc de vous abstenir d'en discuter lorsque cela n'est pas directement pertinent pour la prise en charge de nos besoins en matière de soins de santé.



Approche tenant compte des traumatismes et de la violence

La plupart d'entre nous avons vécu des événements traumatisants au cours de notre vie. Nous savons également qu'une femme sur quatre a été victime d'abus physiques ou sexuels, ou de négligence. Ces expériences peuvent influencer la façon dont nous réagissons.

La grossesse, les soins obstétricaux et l'accouchement peuvent faire émerger des émotions intenses et rendre certaines situations difficiles à vivre. Toutefois, il est possible d'agir. Aidez moi à me sentir en sécurité et en confiance. Demandez moi ce dont j'ai besoin ; je vous dirai ce qui m'aide.



Langage respectueux

Les mots que nous utilisons sont importants. Ils reflètent ce que nous ressentons et façonnent notre façon de penser. Beaucoup de mots utilisés pour parler de la consommation de substances et des personnes qui en consomment sont blessants. Réfléchissez aux mots que vous utilisez. Sont-ils justes? Sont-ils utiles? Sont-ils bienveillants? Si vous avez des doutes ou des questions, n'hésitez pas à me les poser. Une liste d'exemples est [disponible ici](#) →

(voir encadré 1 à la page 8)



Sécurité + Confiance

Beaucoup de personnes ayant un passé de consommation de substances ont vécu des expériences négatives avec des professionnel-le-s de la santé. Il est important de reconnaître que la confiance ne va pas de soi : elle se bâtit avec le temps. Je vous invite à éviter la stigmatisation et les stéréotypes, et à prendre le temps de me connaître.

Consentement éclairé

Parler de la consommation de substances et de l'exposition à celles-ci est un élément important des soins de santé pour tout le monde, mais cela peut comporter des risques. Certaines personnes utilisent ces informations pour nuire aux parents, aux bébés et aux familles. Je vous prie de respecter mon besoin de me sentir en sécurité et d'avoir l'assurance que nous bénéficions de soins de grande qualité.



LRSS

Veuillez protéger nos données médicales.
Ne les communiquez pas à des tiers.

Vous pouvez partager des informations avec :



Si vous avez des questions sur ma consommation de substances, **DEMANDEZ-LE MOI.**



Expliquez-moi l'objectif et la nécessité médicale de tout dépistage ou examen, y compris les avantages et les risques. Proposez-moi différentes options et des alternatives sécuritaires.

⚠ N'OUBLIEZ PAS :

La signature d'un formulaire général de "consentement au traitement" n'est pas un consentement éclairé.

Demandez-moi mon accord



Veuillez obtenir mon consentement éclairé avant tout prélèvement d'urine ou de sang me concernant. Il en va de même pour tout prélèvement d'urine, de sang, de méconium, ou de sang et de tissu du cordon ombilical de mon bébé.



Les résultats des tests peuvent être erronés.
Veuillez confirmer tout résultat positif par un deuxième test répondant aux normes de confirmation avant de rédiger un rapport ou de divulguer toute information relative à nos soins de santé.



LPJ



Un test de dépistage positif ne veut pas dire qu'il y a abus ou négligence.
Si vous devez partager un résultat positif, informez vous sur la bonne façon de le faire, sur les personnes concernées et sur l'utilisation qui en sera faite.
Les services de protection de la jeunesse ne sont pas toujours les bons interlocuteurs dans cette situation.

















Mes antécédents médicaux

N'hésitez pas à me poser des questions sur mes besoins actuels et passés en matière de soins de santé.

Mes diagnostics et problèmes de santé :	
Les interventions chirurgicales que j'ai eues :	
Les médicaments que je prends :	
Les médicaments que j'ai arrêtés de prendre durant ma grossesse :	
Ce que j'ai fait pour avoir une grossesse en bonne santé :	
Mes grossesses et accouchements passés :	

Besoins particuliers en matière de soins de santé

Je pourrais avoir besoin d'aménagements, d'interventions et d'un accompagnement pour ces problèmes de santé :

 Diabètes <input type="checkbox"/>	 Diabète de grossesse <input type="checkbox"/>	 Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>
 Problème cardiaque <input type="checkbox"/>	 Asthme <input type="checkbox"/>	 Rhesus négatif <input type="checkbox"/>
 Streptocoque du groupe B <input type="checkbox"/>	 Hépatites A B C <input type="checkbox"/>	 Séropositive <input type="checkbox"/>
 Besoins en matière de mobilité <input type="checkbox"/>	 Déficience auditive <input type="checkbox"/>	 Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
		 lunettes <input type="checkbox"/>
		 lentilles de contact <input type="checkbox"/>

Travail

Aidez-moi à vivre mon accouchement en toute sécurité et avec du soutien :



Ma personne de soutien est :



Mes autres enfants seront pris en charge par :



Laissez-moi la liberté de bouger



Je veux porter mes propres vêtements



Je veux boire de l'eau ou croquer de la glace



J'aimerais bien manger, si c'est possible



Veuillez limiter les examens vaginaux



Évitez l'oxytocin si possible



Demandez-moi avant de procéder au décollement des membranes



Limiter mes contacts avec : _____



Limitier le partage de mes informations médicales



Offrez-moi du soutien si je présente des réactions liées à un traumatisme

Accouchement

Voici ce que je souhaite pour un accouchement en santé et une bonne récupération :



Liberté de mouvement



Pousser lorsque j'en ressens le besoin



Accouchement vaginal (AVAC)



J'espère que les tissus s'étireront sans se déchirer



Épisiotomie si nécessaire



Si j'ai besoin d'une césarienne, offrez-moi du soutien



Clampage et section retardés du cordon










Contact peau à peau précoce



Des étudiant-e-s peuvent observer






Prise en charge de la douleur

Mes besoins en matière de prise en charge de la douleur peuvent différer de ceux des autres. Veuillez vous renseigner sur les médicaments que je prends et comprendre comment ils peuvent influencer le type de traitement antidouleur dont j'ai besoin. Des doses plus élevées d'opioïdes peuvent être nécessaires pour prendre en charge ma douleur de manière adéquate.

- | | | |
|---|---|--|
|  J'ai besoin d'aide pour soulager ma douleur <input type="checkbox"/> |  Les opioïdes sont utiles <input type="checkbox"/> |  Je veux éviter les opioïdes <input type="checkbox"/> |
|  J'aiderais parler de la péridurale <input type="checkbox"/> |  Proposez des compresses chaudes et froides <input type="checkbox"/> |  Offrez-moi de l'ibuprofène et de l'acétaminophène <input type="checkbox"/> |
|  Prenez le temps de m'expliquer les différentes méthodes, médicamenteuses et non médicamenteuses, qui permettent de soulager la douleur. Aidez-moi à trouver les solutions qui me conviennent le mieux. Je souhaite en savoir plus sur : | | |









Soins en dyade mère-bébé

Aidez-moi à créer un lien avec mon bébé après la naissance.

- | | | |
|---|--|--|
|  Prenez soin de nous ensemble <input type="checkbox"/> |  Soutenez le contact peau à peau <input type="checkbox"/> |  Aidez-nous à créer un espace apaisant <input type="checkbox"/> |
|  Accueillez mon réseau de soutien <input type="checkbox"/> |  Retardez le premier bain <input type="checkbox"/> |  Protégez notre sommeil <input type="checkbox"/> |
|  Aidez-moi à gérer des émotions complexes <input type="checkbox"/> |  Gardez-nous ensemble. Ne nous séparez que si c'est médicalement nécessaire. Ensuite, veuillez nous réunir dès que possible. <input type="checkbox"/> | |

La gestion de mes douleurs post-partum

Merci de me parler de :

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
|  Aidez-moi | À quoi m'attendre et quelles sont mes options <input type="checkbox"/> |  Rx | Dans quels cas les opioïdes peuvent être indiqués <input type="checkbox"/> |  PAS d'opioïdes | Je souhaite limiter les risques associés aux opioïdes <input type="checkbox"/> |
|  vente libre | Médicaments efficaces en vente libre <input type="checkbox"/> |  | Comment les ceintures postnatales peuvent aider <input type="checkbox"/> |  | Gérer la douleur avec de la glace et de la chaleur <input type="checkbox"/> |
|  sans stigma | Mes besoins en gestion de la douleur peuvent être différents <input type="checkbox"/> |  | Prenez le temps de m'expliquer les différentes méthodes, médicamenteuses et non médicamenteuses, qui permettent de soulager la douleur. Aidez-moi à trouver les solutions qui me conviennent le mieux. Je souhaite en savoir plus sur :
<hr/>
<hr/> | | |

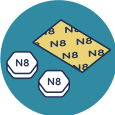







Mon plan post-partum

Merci de me parler de :

- | | | |
|--|---|---|
|  Soins essentiels pour le rétablissement postnatal <input type="checkbox"/> |  Contraception + santé sexuelle <input type="checkbox"/> |  Références pour les rendez-vous de suivi <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|

Ma médication

Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) est le traitement de référence pour une dépendance aux opioïdes.

- | | |
|--|--|
|  Je prends de la buprenorphine-naloxone. <input type="checkbox"/> |  Je devrai me rendre à ma clinique. <input type="checkbox"/> |
|  Je prends de la méthadone. <input type="checkbox"/> |  J'aimerais que la pharmacie me fournisse mes médicaments sur place afin de pouvoir rester avec mon bébé après la naissance. <input type="checkbox"/> |
|  Je prends de la morphine à libération lente uniguotidienne (Kadian ^{MC}). <input type="checkbox"/> |  LRSSS. Veuillez protéger mes renseignements de santé. Ne partagez aucune information sans mon consentement, y compris mes médicaments. <input type="checkbox"/> |
|  Autres médicaments :
_____ <input type="checkbox"/>
_____ |  Vous pouvez contribuer à réduire la stigmatisation en informant les prestataires et votre communauté sur l'utilisation des médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes. <input type="checkbox"/> |

Sevrage néonatal aux opioïdes et syndrome d'abstinence néonatal

Les choses les plus importantes que les bébés voudraient vous dire à propos du sevrage néonatal aux opioïdes et du syndrome d'abstinence néonatal :


- Utilisez les bons mots. Je ne suis pas une personne dépendante. La dépendance est un ensemble de comportements que les bébés ne peuvent pas avoir.
- J'ai été exposé-e aux opioïdes ou à d'autres substances. Cette exposition ne doit pas entraîner de stigmatisation.
- J'ai une condition temporaire et traitable. Si j'ai besoin de soutien, essayez la méthode MANGER – DORMIR – CONSOLER.
- Mon parent peut ou non avoir un trouble lié à l'utilisation de substances. Il ou elle peut suivre un traitement médicamenteux.
- Mon potentiel est illimité. Mon exposition ne détermine pas mes résultats ; la manière dont vous me traitez, oui.

Lorsque le comportement de mon bébé révèle des signes d'exposition aux substances et de sevrage

Je souhaite suivre le modèle de soins MANGER – DORMIR – CONSOLER, car les bébés qui restent avec leurs parents, qui sont allaités et dont le sommeil est protégé présentent moins de signes de sevrage et ont des séjours hospitaliers plus courts.

Si mon bébé a besoin d'un soutien supérieur à ce que propose le modèle MANGER – DORMIR – CONSOLER, j'aimerais discuter des risques et des bénéfices des soins pharmacologiques (avec opioïdes) et des soins non pharmacologiques (sans opioïdes) avant d'élaborer un plan de soins.

NOTE : Si vous utilisez l'échelle de Finnegan, merci de m'apprendre à la noter afin que nous puissions travailler ensemble pour comprendre les signaux de mon bébé et ce dont il a besoin.

 MANGER DORMIR CONSOLER <input type="checkbox"/>	 Méthode kangourou peau à peau <input type="checkbox"/>	 Emmaillotez-le délicatement <input type="checkbox"/>
 Aidez-nous à créer un espace calme <input type="checkbox"/>	 Prenez soin de nous ensemble <input type="checkbox"/>	 Réconfortez le bébé au sein <input type="checkbox"/>
 Utilisez uniquement de l'eau sucrée lors des procédures douloureuses <input type="checkbox"/>	 Proposez une sucette <input type="checkbox"/>	 Ne pas proposer de sucette <input type="checkbox"/>
 Câlinez mon bébé si je suis absent-e <input type="checkbox"/>	 Médicaments selon les besoins <input type="checkbox"/>	 Hospitalisez uniquement en cas de nécessité médicale <input type="checkbox"/>


Nourrir mon bébé

Aidez-nous à bien démarrer. L'allaitement est recommandé pour les bébés exposés aux substances et lorsque des médicaments sont utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes.

- | | | |
|--|--|--|
|  Je veux donner à mon bébé mon colostrum <input type="checkbox"/> |  Je veux allaiter <input type="checkbox"/> |  Je veux tirer mon lait <input type="checkbox"/> |
|  Seulement du lait humain <input type="checkbox"/> |  Le lait maternisé est acceptable <input type="checkbox"/> |  Informez-moi si mon bébé a besoin de calories supplémentaires <input type="checkbox"/> |
|  Je veux un soutien à la lactation <input type="checkbox"/> |  Veuillez donner à mon bébé du lait humain donné <input type="checkbox"/> |  Offrez de la gelée de glucose si nécessaire <input type="checkbox"/> |




Avant notre sortie de l'hôpital

Je souhaite élaborer un plan pour la période postnatale et le suivi des soins. Je veux parler de :

- | | | |
|---|---|---|
|  Santé sexuelle + contraception <input type="checkbox"/> |  Soutien pour l'allaitement <input type="checkbox"/> |  Références pour les rendez-vous de suivi <input type="checkbox"/> |
|  Aide pour obtenir un bon tire-lait <input type="checkbox"/> |  Recevoir nos vaccins <input type="checkbox"/> |  J'ai besoin d'information à propos de : <input type="checkbox"/> |
-
-

Services + Soutien

Je souhaite obtenir des informations sur les programmes et services disponibles dans ma communauté.

- | | | |
|---|--|--|
|  Soutien en nutrition et alimentation <input type="checkbox"/> |  Suivi en petite enfance <input type="checkbox"/> |  RQAP Congé familial payé <input type="checkbox"/> |
|  Aide pour le transport <input type="checkbox"/> |  Aide pour le service de garde <input type="checkbox"/> |  THAP Aide pour l'anxiété et la dépression postnatales <input type="checkbox"/> |