

---

## Formulaire de l'Entretien avec la mère dans le cadre du projet FIMR/HIV

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Date d'achèvement de la synthèse : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

### Début de l'entretien

Les 10 à 15 premières minutes de la visite à domicile sont généralement utilisées pour établir une relation avec la mère, pour la remercier d'avoir accepté la visite et pour lui expliquer le programme. Lorsqu'un climat de confiance a été établi, la meilleure façon de commencer l'entretien est de demander à la mère de décrire son expérience de vie avec le VIH et les événements associés à la naissance de son enfant. L'enquêtrice/enquêteur doit appeler le bébé par son prénom, si la famille a précisé le prénom. Il est possible que la mère commence à parler de la santé de l'enfant et du statut VIH avant que l'enquêtrice/enquêteur lui en fasse la demande.

Il est important d'être sensible aux besoins de la mère d'élaborer ou de recourir à des digressions lorsqu'elle aborde tout événement particulier qui suscite des émotions fortes, de lui donner le temps de se souvenir des détails et de faire part de son expérience en utilisant ses propres mots. Le questionnaire standard peut être administré dès que la mère est prête.

### Évaluation immédiate (effectuée dès que possible, potentiellement à l'hôpital)

#### Données démographiques

1) Quel âge avez-vous ? (*ans*) \_\_\_\_\_

2) Quel est votre lieu de naissance ? (*pays*) \_\_\_\_\_

3) Êtes-vous d'origine espagnole/hispanique/latine ? (*cocher une réponse*)

Non

Oui, Mexicaine, Mexico-Américaine, Chicana

Oui, Portoricaine

Oui, Cubaine

Oui, autre origine espagnole/hispanique/latine (*préciser*) : \_\_\_\_\_

4) À quelle race appartenez-vous ? Ajouter tout détail complémentaire dans l'espace disponible le cas échéant. *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Blanche \_\_\_\_\_
- Noire, Afro-Américaine \_\_\_\_\_
- Amérindienne ou autochtone de l'Alaska \_\_\_\_\_
- Asiatique \_\_\_\_\_
- Hawaïenne ou autochtone des Îles du Pacifique \_\_\_\_\_
- Autre *(préciser)* : \_\_\_\_\_

5) Durant votre grossesse, quelle était votre situation de famille ?

- Célibataire
- Mariée
- Veuve
- Divorcée
- Séparée
- Engagée dans une relation stable sans être mariée

6) Le père de [BABY'S NAME] vit-il avec vous ?

- Oui
- Non

7) Quel est votre niveau d'études/combien d'années d'études avez-vous suivies ?

- 0-11
- 12
- 13-14
- 15-16
- 17 +

8) Occupiez-vous un emploi durant votre dernière grossesse ?

- Oui
- Non *(passer à la question n° 9)*

8a) Si oui, avez-vous travaillé durant : *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Le premier trimestre de la grossesse
- Le deuxième trimestre de la grossesse
- Le troisième trimestre de la grossesse

### TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

9) Quand avez-vous appris que vous étiez porteuse du VIH ?

- Avant cette grossesse
- Durant cette grossesse
- Au moment de l'accouchement
- Après la naissance de l'enfant

---

10) Dans quel cadre avez-vous appris le premier résultat positif du test de dépistage du VIH ?

- Centre de santé communautaire
- Organisme de dépistage du VIH
- Centre de santé local/du Comté
- Foire sur la santé
- Cabinet du médecin référent
- Cabinet de soins prénataux
- Salle d'urgence
- Centre de planification familiale
- Salle de travail et d'accouchement
- Test acheté en pharmacie/kit de test à domicile
- Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

11) Aviez-vous eu un résultat négatif du test de dépistage du VIH avant d'avoir ce premier résultat positif du test de dépistage du VIH ?

- Oui, avant cette grossesse
- Oui, durant cette grossesse
- Non
- Indéterminé

12) Pourquoi avez-vous fait un test de dépistage du VIH ? \_\_\_\_\_

13) De quelle façon pensez-vous avoir contracté le VIH ? \_\_\_\_\_

14) Vous avait-il déjà été proposé de faire le test de dépistage du VIH, à la suite de quoi vous ne l'avez pas fait ?

- Oui (*si oui, expliquer*) \_\_\_\_\_
- Non

15) Vous est-il arrivé de faire le test de dépistage du VIH sans jamais avoir obtenu les résultats ?

- Oui
- Non (*passer à la question n° 16*)
- Indéterminé (*passer à la question n° 16*)

15a) Dans quel cadre a eu lieu le test ?

- Centre de santé communautaire
- Organisme de dépistage du VIH
- Services de santé d'une clinique locale/de Comté
- Foire sur la santé
- Cabinet du médecin référent
- Cabinet de soins prénataux
- Salle d'urgence
- Centre de planification familiale

- Salle de travail et d'accouchement  
 Test acheté en pharmacie/kit de test à domicile  
 Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

15b) Pourquoi n'avez-vous pas obtenu les résultats du test ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Soins prénataux

16) Depuis combien de semaines étiez-vous enceinte lorsque vous avez pensé pour la première fois que vous étiez *peut-être* enceinte ?

\_\_\_\_\_ semaines enceinte (depuis vos dernières règles)

Je ne me souviens pas

17) Depuis combien de semaines étiez-vous enceinte lorsque vous avez eu la *certitude* d'être enceinte ?

\_\_\_\_\_ semaines enceinte (depuis vos dernières règles)

Je ne me souviens pas

17a) Pourquoi aviez-vous la certitude d'être enceinte ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Vous aviez fait un test de grossesse à domicile  
 Un médecin ou une infirmière vous avait dit que vous étiez enceinte  
 Vous n'aviez plus de règles  
 Vous aviez constaté que votre ventre commençait à grossir  
 Vous aviez senti le bébé bouger  
 Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

18) Quelle était la date prévue d'accouchement ?

--	--	--	--	--	--

Mois                  Jour                  Année

Je ne sais pas

19) Depuis combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez eu votre première visite de soins prénataux ?

(*Ne pas inclure de visite prévue uniquement pour un test de grossesse, un sonogramme ou un rendez-vous dans le cadre du programme WIC*)

mois \_\_\_\_\_ ou semaines \_\_\_\_\_

Je ne me souviens pas

Je n'ai pas reçu de soins prénataux (*passer à la question n° 26*)

20) Où êtes-vous allée pour votre première visite de soins prénataux ? (*cocher une réponse*)

- Cabinet de soins privé (obstétrique/gynécologie, sage-femme)  
 Centre spécialisé du dépistage du VIH chez l'adulte  
 Centre de santé local/du Comté

- 
- Organisme de gestion des soins (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO)  
 Salle d'urgence d'hôpital, autre lieu de consultation occasionnelle, ou prestataire de soins selon les besoins  
 Centre de santé communautaire  
 Centre de santé au travail ou à l'école  
 Établissement correctionnel  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

21) Combien de temps vous fallait-il habituellement pour vous rendre dans ce lieu ?  
\_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ minutes

22) Par qui ont été payées vos visites de soins prénataux ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Assurance privée  
 Organisme de gestion des soins (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO), payeur privé  
 Assurance Traditional Medicaid  
 Organisme de gestion des soins Medicaid (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO)  
 Assurance Medicaid, type indéterminé  
 Assurance Medicare  
 CHAMPUS/Assurance militaire  
 Vous-même  
 Autre (*préciser*): \_\_\_\_\_

23) Avez-vous dû changer de prestataire de soins prénataux durant cette grossesse ?

- Oui  
 Non (*passer à la question n° 24*)

23a) Si oui, pourquoi ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Le prestataire de soins n'acceptait pas Medicaid  
 Je ne pouvais pas payer  
 J'ai déménagé  
 Pour voir un spécialiste (*préciser*) \_\_\_\_\_  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

23b) Si vous avez dû changer de prestataire de soins prénataux, où avez-vous reçu le reste des soins prénataux ? (*cocher une réponse*)

- Cabinet de soins privé (obstétrique/gynécologie, sage-femme)  
 Centre spécialisé du dépistage du VIH chez l'adulte  
 Centre de santé local/du Comté  
 Organisme de gestion des soins (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO)  
 Centre de santé communautaire  
 Centre de santé au travail ou à l'école  
 Établissement correctionnel  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

23c) Par qui ont-été payées ces visites ? (cocher toutes les réponses applicables)

- Assurance privée
- Organisme de gestion des soins (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO), payeur privé
- Assurance Traditional Medicaid
- Organisme de gestion des soins Medicaid (MCO)/Organisation de soins de santé intégrés (HMO)
- Assurance Medicaid, type indéterminé
- Assurance Medicare
- CHAMPUS/Assurance militaire
- Vous-même
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

24) Quel est votre degré de satisfaction quant aux soins prénataux que vous avez reçus ? Pour chaque énoncé listé ci-dessous, cochez *une* réponse. Si vous êtes allée dans plusieurs centres de soins prénataux, répondez en prenant pour référence le centre qui vous a administré *le plus* de soins.

Le temps d'attente depuis votre arrivée jusqu'à la consultation	<input type="checkbox"/> Satisfaite	<input type="checkbox"/> Insatisfaite
Le temps que le médecin ou l'infirmière vous a consacré durant les consultations	<input type="checkbox"/> Satisfaite	<input type="checkbox"/> Insatisfaite
Les conseils qui vous ont été donnés pour prendre soin de vous	<input type="checkbox"/> Satisfaite	<input type="checkbox"/> Insatisfaite
Les heures d'ouverture du cabinet ou du centre	<input type="checkbox"/> Satisfaite	<input type="checkbox"/> Insatisfaite
La compréhension et le respect que le personnel vous a témoignés	<input type="checkbox"/> Satisfaite	<input type="checkbox"/> Insatisfaite

25) Un médecin, une infirmière ou tout autre prestataire de soins vous a-t-il posé des questions ou a-t-il discuté avec vous sur les sujets suivants lorsque vous avez reçu des soins prénataux durant votre dernière grossesse ?

Droits et responsabilités de la femme enceinte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Signes et symptômes d'un accouchement prématuré, et où trouver de l'aide dans ce cas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Médicaments ou drogues pouvant avoir des effets sur votre grossesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Combien de temps il convient d'attendre avant d'avoir un autre bébé (espacement des naissances)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Comment trouver un médecin ou une infirmière praticienne pour administrer des soins à votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Pourquoi la consommation de tabac durant la grossesse peut avoir des effets sur votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Pourquoi la consommation d'alcool durant la grossesse (bière, vin, liqueur) peut avoir des effets sur votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Pourquoi l'utilisation de drogues illégales durant la grossesse peut avoir des effets sur votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Allaitement de votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Sommeil sans risque/activités de réduction du risque de MSN (syndrome de la mort subite du nourrisson)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Faire le test de dépistage du VIH (le virus du SIDA)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Comment éviter de contracter ou de transmettre le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Les médicaments permettant de protéger votre bébé contre le VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
L'importance des médicaments contre le VIH pour votre propre santé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Observance de la prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Les médicaments contre le VIH qui devraient vous être administrés au moment de l'accouchement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas
Les médicaments contre le VIH qui devraient être administrés à votre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas

bébé			
Tests CD4 et anticorps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne se souvient pas

26) Durant votre dernière grossesse, avez-vous participé aux activités suivantes ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Cours de préparation à l'accouchement
- Cours sur le rôle parental
- Consultation sur la gestion du stress, des problèmes familiaux ou des problèmes mentaux
- Cours spécifiquement conçu pour les femmes enceintes porteuses du VIH
- Groupe de soutien pour les femmes porteuses du VIH
- Autre *(préciser)* \_\_\_\_\_

27) Parmi les problèmes pratiques suivants, lesquels ont été à l'origine de vos difficultés pour l'obtention de soins prénataux ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Vous n'aviez personne pour s'occuper de vos autres enfants.
- Vous n'aviez pas de moyen de transport ou ne pouviez pas compter sur un moyen de transport régulier
- Vous n'aviez ni argent ni assurance
- Vous étiez à l'école
- Vous deviez travailler
- Vous n'aviez pas de temps libre
- Vous ne saviez pas où aller
- Autre *(préciser)* \_\_\_\_\_
- Aucun problème

28) Parmi les problèmes suivants associés aux centres de soins, lesquels ont rendu difficile l'obtention de soins prénataux ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Il n'y avait pas de centre de soins de santé dans votre quartier
- Il fallait attendre plusieurs semaines avant d'obtenir un rendez-vous
- Les heures d'ouverture du centre de santé n'étaient pas pratiques pour vous
- Même avec un rendez-vous, il faut attendre trop longtemps avant la consultation
- Le médecin ou l'infirmière ne vous consacrait pas beaucoup de temps
- Le personnel n'est pas à l'écoute ou manque de respect à votre égard
- Le personnel ne parle pas votre langue
- Vous n'aimez pas le personnel ou ne lui faites pas confiance
- Vous ne pouviez pas trouver de médecin ni d'infirmière vous acceptant comme patiente
- Autre *(préciser)* \_\_\_\_\_
- Aucun problème

29) Parmi les problèmes personnels suivants, lesquels ont rendu difficile l'obtention de soins pour vous-même ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Je n'étais jamais allée (auparavant) dans un centre de soins lors de mes grossesses précédentes
- Je ne pensais pas être enceinte

- Cela ne sert à rien
- J'utilise des traitements alternatifs
- Je n'ai pas besoin de soins ou je ne veux pas de soins
- L'idée de subir des pressions pour que je fasse un test VIH m'inquiétait
- L'idée d'avoir à faire un test de dépistage des drogues m'inquiétait
- J'ai un problème d'alcool ou de drogues
- J'ai peur d'être signalée à l'agence de protection de l'enfance
- J'ai des démêlés avec la justice
- Je suis inquiète quant à ma situation juridique/d'immigrante
- Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_
- Aucune raison

### Utilisation d'autres prestataires de soins et d'organismes de soutien

30) Durant cette grossesse, avez-vous consulté des prestataires de soins autres que votre prestataire de soins prénataux ?

- Aucun des prestataires mentionnés (*passer à la question n° 31*)
- Salle d'urgence
- Salle de travail et d'accouchement lors d'une visite *antérieure* à votre admission pour accoucher
- Spécialiste en médecine maternelle et foetale
- Périmatologue
- Spécialiste du VIH
- Autre spécialiste (*préciser*) \_\_\_\_\_
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

30a) Le cas échéant, pour quelle raison avez-vous consulté ces prestataires ? \_\_\_\_\_

30b) Quelle a été l'attitude de ces prestataires à propos du VIH ?

- Ils ont proposé un test de dépistage du VIH
- Ils n'ont pas discuté du VIH ni d'un test de dépistage du VIH
- Ils ont parlé du VIH mais n'ont rien fait en ce qui vous concerne.
- Ils vous ont proposé de l'aide en matière de soins contre le VIH
- Ils vous ont proposé de l'aide en matière de soins prénataux
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

31) Êtes-vous restée un certain temps dans l'un des types d'établissements suivants durant cette grossesse ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Aucun des établissements mentionnés (*passer à la question n° 32*)
- Prison/établissements correctionnels
- Établissement psychiatrique
- Centre de désintoxication
- Refuge pour femmes battues



- Refuge pour les sans-abri  
 Refuge pour adolescentes enceintes  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

31a) Si oui, le personnel de ces établissements vous a-t-il administré des soins prénataux et/ou des soins contre le VIH ou vous a-t-il aidé à en obtenir ? (*préciser*) \_\_\_\_\_

32) Durant votre grossesse, faisiez-vous partie du programme WIC ?

- Oui  
 Non (*passer à la question n° 33*)

32a) Le bureau du WIC vous a-t-il donné les conseils ou proposé les services suivants ?  
(*cocher toutes les réponses applicables*)

- Test de dépistage du VIH  
 Informations sur le VIH  
 Recommandations en matière de test de dépistage du VIH ou de soins contre le VIH  
 Ne pas allaiter votre bébé  
 Aucun conseil donné  
 Je ne me souviens pas  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

### Salle de travail et d'accouchement

33) Parlez-moi de votre expérience de la salle de travail et d'accouchement \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

34) Quelle était le type d'accouchement prévu en consultation avec votre prestataire de soins ?

- Accouchement vaginal  
 Césarienne (*passer à la question n° 38*)  
 Aucun type particulier d'accouchement n'avait été prévu

35) Combien de temps avant de vous rendre à l'hôpital ont commencé les contractions ?

\_\_\_\_\_ heures

36) Par quel moyen vous êtes-vous rendue à l'hôpital ? (*préciser*) \_\_\_\_\_

37) Avez-vous eu des difficultés pour vous rendre à l'hôpital ?

- Oui (*si oui, pourquoi ?*) \_\_\_\_\_  
 Non

38) Quand a eu lieu la rupture de la poche des eaux ?

- Avant mon arrivée à l'hôpital  
 Après mon arrivée à l'hôpital  
 On a pratiqué une césarienne avant la rupture de la poche des eaux

39) Où avez-vous accouché ?

- Dans la salle de travail et d'accouchement de l'hôpital  
 Dans la salle d'urgence de l'hôpital  
 En me rendant à l'hôpital  
 À la maison  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

40) Avant votre départ de l'hôpital, un rendez-vous de suivi a-t-il été fixé?

- Oui  
 Non

41) Avant votre départ de l'hôpital, quelqu'un a-t-il fixé un rendez-vous de suivi pour [BABY'S NAME]?

- Oui  
 Non

**Opinions en matière de VIH et de soins relatifs au VIH**

42) [Si un diagnostic existait avant l'accouchement] Vous a-t-on prescrit des médicaments contre le VIH durant cette grossesse ?

- Oui (*remplir le tableau*)  
 Non (*passer à la question n° 42c*)  
 Indéterminé (*passer à la question n° 43*)

42a) Quels médicaments avez-vous pris ?

Quels médicaments avez-vous pris?	À quel moment approximativement avez-vous commencé à prendre le médicament ?	OU OU Date de début	Avez-vous arrêté la prise du médicament pour quelque raison que ce soit ?
i. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
ii. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
iii. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
iv. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
v. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
vi. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Indéterminé
vii. _____	<input type="checkbox"/> Avant la grossesse <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Indéterminé
--	---	-------------	--------------------------------------

42b) Pourquoi avez-vous arrêté de prendre certains des médicaments prescrits ?  
(cocher toutes les réponses applicables)

- Effets indésirables
- Le prestataire de soins a prescrit d'autres médicaments
- Je n'avais pas d'argent pour payer les médicaments
- Je ne voulais pas prendre de médicament
- Autre (*préciser*) :

42c) Pourquoi n'avez-vous pris aucun médicament contre le VIH durant votre grossesse  
(cocher toutes les réponses applicables) ?

- On ne m'a prescrit aucun médicament
- Le personnel du centre de soins ignorait que j'étais porteuse du VIH
- Je n'avais pas d'argent pour payer des médicaments
- J'ai refusé de prendre des médicaments (*préciser les motifs*)
- Autre (*préciser*)
- Je ne sais pas

43) À l'exception des médicaments contre le VIH dont nous avons parlé précédemment,  
lesquels parmi les médicaments suivants avez-vous pris durant cette grossesse ? (cocher  
toutes les réponses applicables)

- Vitamines
- Somnifères ou calmants
- Méthadone
- Antidépresseurs ou médicaments régulateurs de l'humeur (*préciser*) :
- Médicaments antidouleur (*préciser*) :
- Remèdes à base de plantes médicinales (*préciser*) :  
Que traitent ces remèdes ?
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

44) Lorsque vous êtes allée à l'hôpital pour accoucher, comment les membres du personnel  
ont-ils appris que vous étiez porteuse du VIH ? (cocher toutes les réponses applicables) :

- Je le leur ai dit
- Par mon dossier médical.
- Ils ont fait un test de dépistage du VIH
- Ils ne le savaient pas et je ne le leur ai pas dit
- Je ne sais pas

45) Vous a-t-on administré des médicaments contre le VIH lorsque vous étiez en salle de travail  
et d'accouchement

- Oui (passer à la question n° 46)
- Non

Indéterminé (passer à la question n° 46)

45a) Pourquoi ne vous a-t-on administré aucun médicament contre le VIH lorsque vous vous étiez en salle de travail et d'accouchement (cocher toutes les réponses applicables) ?

- On ne m'a proposé aucun médicament
- Le personnel ignorait que j'étais porteuse du VIH
- L'hôpital ne disposait pas des médicaments
- J'ai refusé de prendre les médicaments (préciser les motifs)
- Autre (préciser)
- Je ne sais pas

46) À l'hôpital, un médecin ou une infirmière vous a-t-il ou vous a-t-elle parlé des sujets suivants (cocher toutes les réponses applicables) :

Comment donner du sirop AZT à votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Ne pas allaiter votre bébé pour éviter de lui transmettre le VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Suppression des montées de lait/ soins des seins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Soins de santé personnels relatifs au VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Contraception/planification familiale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Mise au rebut adéquate des serviettes hygiéniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Ne pas utiliser des lames de rasoir déjà utilisées par quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Importance d'amener le bébé chez le médecin pour y recevoir des soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Importance d'amener le bébé chez le médecin pour un test de dépistage du VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas
Autre (préciser) : _____			

47) Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

Les médicaments contre le VIH permettent aux personnes porteuses du VIH de vivre plus longtemps.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les médicaments contre le VIH sont plus nocifs qu'utiles.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les prestataires de soins vous jugent et jugent votre mode de vie.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Vous avez davantage l'impression de maîtriser votre santé lorsque vous prenez des médicaments contre le VIH.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les traitements alternatifs sont aussi efficaces que les médicaments contre le VIH.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Vous ne prenez aucun médicament car vous ne vous considérez pas comme malade	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Vous avez plus d'espoir quant à votre santé lorsque vous prenez des médicaments contre le VIH.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion

### Consommation de drogues

La série de questions suivantes concerne la consommation de cigarettes, d'alcool et d'autres drogues. Certaines de ces questions peuvent être personnelles, mais vos réponses sont importantes pour ce projet. Toutes vos réponses demeureront confidentielles. Si certaines questions vous dérangent, rien ne vous oblige à y répondre.

48) Durant votre grossesse, combien de cigarettes/paquets de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne ? (Un paquet de cigarettes contient 20 cigarettes)

nombre de cigarettes \_\_\_\_\_ ou nombre de paquets \_\_\_\_\_

- Je ne fumais pas
- Moins d'1 cigarette par jour
- Je ne sais pas

49) Durant votre grossesse, combien de boissons alcoolisées consommiez-vous par semaine en moyenne ?

- Je ne buvais pas de boissons alcoolisées à l'époque (*passer à la question n° 51*)
- Moins d'un verre par semaine
- 1 à 3 verres par semaine
- 4 à 6 verres par semaine
- 7 à 13 verres par semaine
- 14 verres ou plus par semaine
- Je ne sais pas

50) Durant votre grossesse, combien de fois avez-vous bu 5 boissons alcoolisées ou plus lors d'une même occasion ?

\_\_\_\_\_ fois

- Je ne buvais pas de boissons alcoolisées à l'époque
- Je ne sais pas

51) Certaines mères disent consommer des drogues illicites lorsqu'elles sont enceintes en raison du stress élevé qu'elles ressentent durant leur grossesse. Parmi les drogues illicites ou les drogues à usage récréatif suivantes, lesquelles consommiez-vous durant votre grossesse ? Je vous rappelle que toute information demeure strictement confidentielle et anonyme. (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Aucune (*passer à la question n° 52*)
- Amphétamines
- Barbituriques
- Benzodiazépines
- Cocaïne épurée
- Cocaïne/blanche sous d'autres formes
- Cristal meth (méthamphétamine)
- Ecstasy
- Hallucinogènes
- Héroïne
- Produits opiacés
- Marijuana ou hachisch
- Méthadone
- PCP, poussière d'ange, LSD
- Speed/comprimés d'amphétamine

Autres drogues non prescrites (*préciser*) : \_\_\_\_\_

51a) Si vous avez fait usage de stupéfiants, avez-vous pris certaines des drogues par injection ?

Oui (*préciser*) : \_\_\_\_\_

Non

Indéterminé

52) Vos prestataires de soins vous ont-ils indiqué des ressources pour obtenir un traitement contre l'abus de stupéfiants durant ou après la grossesse ?

Oui

Non (*passer à la question n° 53*)

52a) Si oui, décrivez les ressources indiquées : \_\_\_\_\_

52b) Avez-vous reçu un traitement ?

Oui

Non (*passer à la question n° 52 d*)

52c) Si oui, décrivez le traitement : \_\_\_\_\_

52d) Avez-vous pu diminuer ou mettre fin à l'usage de stupéfiants durant votre grossesse ?

Oui

Non

### Événements stressants, violence et soutien social

53) Où habitiez-vous durant votre dernière grossesse ? \_\_\_\_\_

54) Souhaitez-vous expliquer quelque chose à propos de vos conditions de vie ? \_\_\_\_\_

55) Vous pouvez choisir de ne pas répondre à cette question, mais permettez-moi de vous demander : Quel était votre revenu familial total pour l'année qui a précédé votre dernier accouchement ? (*Inclure toutes les sources de revenu*)

7 999 \$ ou moins

8 000 \$ à 11 999 \$

12 000 \$ à 15 999 \$

16 000 \$ à 19 999 \$

- 20 000 \$ à 24 999 \$
- 25 000 \$ à 29 999 \$
- 30 000 \$ à 39 999 \$
- 40 000 \$ à 49 999 \$
- 50 000 \$ ou plus
- Je ne sais pas

55a) Combien de personnes (vous y compris) ont participé à ce soutien ?

\_\_\_\_\_

56) Cette question concerne des événements qui ont pu se produire durant les *12 mois avant l'accouchement* de votre bébé. Cette période comprend les mois qui précèdent votre grossesse. Un calendrier peut être utile.

Un membre de votre famille proche était très malade et a été hospitalisé.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez divorcé ou vous êtes séparée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez déménagé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous étiez sans-abri	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre époux ou votre partenaire a perdu son emploi.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez perdu votre emploi alors que vous vouliez continuer à travailler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous vous disputiez plus qu'à l'accoutumée avec votre époux ou votre partenaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre époux ou votre partenaire ne voulait pas que vous soyez enceinte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous aviez beaucoup de factures que vous ne pouviez pas payer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez été victime d'une agression physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous, ou votre époux ou partenaire, avez effectué une peine de prison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelqu'un dans votre foyer avait un problème grave de consommation d'alcool ou d'usage de drogues	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un de vos proches est décédé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous aviez peur d'actes de violence dans votre quartier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre événement stressant ( <i>préciser</i> ) : _____	

57) Durant les 12 mois *avant* votre accouchement, qui aurait pu vous aider en cas de problème ?  
(Par exemple, si vous aviez eu besoin qu'on vous conduise au centre de santé ou si vous aviez dû emprunter 20 dollars.) (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Mon époux ou mon partenaire
- Un(e) ami(e)
- Ma mère, mon père ou mes beaux-parents
- Un autre membre de la famille/un proche
- Personne n'aurait pu m'aider
- Je ne sais pas
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

58) Durant votre dernière grossesse, avez-vous été agressée physiquement par les personnes suivantes ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Votre époux ou votre partenaire
- Un membre de votre famille ou du foyer *autre que* votre époux ou votre partenaire
- Un(e) ami(e)
- Quelqu'un d'autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_
- Personne ne m'a agressée physiquement durant ma grossesse

### Désir et prévention de grossesse

59) Avant votre grossesse, quel était votre sentiment sur le fait de tomber enceinte ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Je voulais tomber enceinte plus tôt
- Je voulais tomber enceinte plus tard
- Je voulais tomber enceinte juste à cette époque
- Je ne voulais pas tomber enceinte à cette époque
- Je ne voulais tomber enceinte ni à cette époque ni plus tard
- Je ne sais pas

60) Avez-vous envisagé de mettre un terme à votre grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, que s'est-il passé ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

61) Dans les trois mois qui ont précédé votre grossesse, utilisiez-vous une méthode de contraception ?

- Oui
- Non (*passer à la question n° 63*)

62) Quelle méthode de contraception (contraceptif) utilisiez-vous durant les trois mois qui ont précédé votre grossesse ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Aucune (*passer à la question n° 63*)
- Préservatifs (capotes)
- Contraception hormonale (pilule/patch transdermique /anneau vaginal)
- Mousse, gelée, crème contraceptive
- Ovules contraceptifs (ex., Depo-Provera)
- Implant contraceptif (ex., Norplant)
- Diaphragme
- Stérilet (DUI)
- Méthode du retrait (coït interrompu)
- Calcul du cycle menstruel
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

63) Pourquoi n'utilisiez-vous aucune méthode de contraception durant les trois mois qui ont précédé votre grossesse ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Je voulais tomber enceinte
- Je ne pensais pas que je pouvais tomber enceinte
- Je n'arrivais pas à me procurer un moyen de contraception
- Je ne pensais pas que j'allais avoir des relations sexuelles



- 
- Je n'aimais pas utiliser de méthodes de contraception
- La méthode de contraception que j'avais l'habitude d'utiliser provoquait des effets indésirables
- Autre (*préciser*): \_\_\_\_\_

64) Peu avant votre grossesse, avez-vous suivi, vous ou le père du bébé, un traitement médical pour vous aider à tomber enceinte ?

- Oui
- Non

65) Pensez-vous que vous aurez d'autres enfants ?

- Oui, certainement
- Oui, probablement
- Probablement pas (*passer à la question n° 68*)
- Certainement pas (*passer à la question n° 68*)
- Je ne sais pas

66) Selon vous, combien d'enfants aurez-vous ?

\_\_\_\_\_ enfants

- Je ne sais pas

67) Quand aimeriez-vous avoir un autre enfant ?

\_\_\_\_\_ mois

- Je ne sais pas

### Obstacles linguistiques et services d'interprétariat

68) Quelle langue parlez-vous à la maison ?

- Anglais (*passer à la question n°69*)
- Espagnol
- Créole
- Français
- Italien
- Russe
- Polonais
- Vietnamien
- Mandarin/Cantonais
- Autre (*préciser*): \_\_\_\_\_

68a) Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise lorsque vous parlez anglais ou écoutez quelqu'un parler anglais ?

- Très à l'aise/je parle couramment anglais (*passer à la question n° 69*)
- Plutôt à l'aise

- Mal à l'aise  
 Très mal à l'aise/je ne parle pas anglais

68b) Avez-vous pu bénéficier de services d'interprétariat ou de traduction lorsque vous recherchez durant cette grossesse des soins médicaux dans le cadre des soins suivants ?

Soins prénataux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Soins contre le VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Soins en matière de reproduction/Planification familiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Soins en salle d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Soins à l'hôpital durant votre accouchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Soins à l'hôpital après votre accouchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Lors d'une consultation chez le médecin pour [BABY'S NAME]	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

68c) Comme vous ne parliez pas anglais, pensez-vous que la qualité des soins était différente de la qualité des soins administrés à d'autres femmes qui parlaient anglais ?  
Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

### Conclusion

Toutes les questions que je vous ai posées me permettent de mieux comprendre votre expérience durant votre dernière grossesse.

69) Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant votre expérience de grossesse, quelque chose qu'il est important selon vous de m'expliquer ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70) Lorsque vous pensez à l'ensemble de cette expérience, considérez-vous que les soins qui vous ont été administrés ou qui ont été administrés à votre bébé peuvent être améliorés de quelque manière que ce soit ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notes de l'enquêtrice/enquêteur : Veuillez utiliser cet espace pour consigner toute information complémentaire, notamment tout détail pertinent obtenu lors de l'entretien mais non consigné par ailleurs, comme la description de l'environnement immédiat durant l'entretien, etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Suivi d'évaluation (effectué 2 à 4 semaines après la naissance du bébé)**

**Soins après accouchement et observance de la prise de médicaments contre le VIH**

71) Avez-vous consulté un médecin, une infirmière ou un prestataire de soins pour un suivi post-partum ?

Oui

Non (*si non, pourquoi*) ? \_\_\_\_\_

72) Avez-vous eu des complications depuis l'accouchement ?

Oui (*si oui, lesquelles*) ? \_\_\_\_\_

Non

73) Comment vous sentez-vous en général depuis l'accouchement ? \_\_\_\_\_

74) Avez-vous allaité [BABY'S NAME] ?

Oui

Non (*passer à la question n° 75*)

74a) Si oui, pourquoi?

Le médecin ou l'infirmière m'ont encouragé à allaiter

Je voulais vraiment allaiter mon bébé

Je n'avais pas de lait maternisé

J'avais peur que les gens me demandent pourquoi je n'allaitais pas

Je ne savais pas que j'étais séropositive VIH

Je pense qu'allaiter mon bébé lui fait du bien

Mon bébé prend des médicaments de prévention contre le VIH

Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

75) Avez-vous consulté un médecin, une infirmière ou un prestataire de soins pour des soins contre le VIH après votre accouchement ?

Oui

Non (*passer à la question n° 77*)

76) Où allez-vous pour obtenir des soins pour vous contre le VIH ? (*nom du centre ou du médecin*) \_\_\_\_\_

---

77) Si vous ne consultez personne pour obtenir des soins contre le VIH, qu'est-ce qui vous en empêche ?

- Vous n'avez pas de moyen de transport ou ne pouvez pas compter sur un moyen de transport régulier
- Vous n'avez ni argent ni assurance
- Personne ne peut s'occuper de vos autres enfants.
- Vous ne savez pas où aller
- Vous n'avez pas de temps libre
- Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous
- Même avec un rendez-vous, il faut attendre trop longtemps avant la consultation
- Le personnel n'est pas à l'écoute
- Le personnel ne parle pas votre langue
- Vous n'aimez pas le personnel ou ne lui faites pas confiance
- Vous ne pouvez pas trouver de médecin ni d'infirmière vous acceptant comme patiente
- Je n'ai pas besoin de soins ou je ne veux pas de soins
- Je ne pense pas que cela peut m'aider
- Je ne veux pas prendre de médicaments
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

78) Prenez-vous actuellement des médicaments contre le VIH ?

- Oui
- Non (*passer à la question n° 83*)

79) Lorsque vous prenez vos médicaments, les prenez-vous toujours comme ils vous ont été prescrits ?

- Toujours ou presque 100 % du temps
- La plupart du temps ou environ 75 % du temps
- La moitié du temps ou environ 50 % du temps
- Parfois ou environ 25 % du temps
- Rarement ou jamais (moins de 25 % du temps)
- Je ne sais pas

80) Indiquez les médicaments que vous prenez contre le VIH, sans ordre particulier.

---

---

---

---

**81) Avez-vous parfois des problèmes associés à la prise de médicaments parce que ...**

Vous ne pouvez pas vous procurer de médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous n'avez plus de médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ils provoquent des effets indésirables, par exemple des troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous oubliez de les prendre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lorsque vous les prenez, cela vous rappelle que vous êtes porteuse du VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vos conditions de logement sont instables ou changeantes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez des problèmes juridiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez peur que quelqu'un découvre que vous êtes porteuse du VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre entourage vous offre peu de soutien ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Vous vous inquiétez des effets que des médicaments contre le VIH pourraient avoir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tout autre problème ( <i>préciser</i> ) _____	

**82) Pensez-vous que vous pourrez :**

prendre vos médicaments exactement comme votre médecin vous les a prescrits durant les <u>trois prochains jours</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Fréquemment <input type="checkbox"/> Presque toujours
prendre vos médicaments exactement comme votre médecin vous les a prescrits durant le <u>mois prochain</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Fréquemment <input type="checkbox"/> Presque toujours
Prendre vos médicaments exactement comme votre médecin vous les a prescrits durant l' <u>année prochaine</u> ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Fréquemment <input type="checkbox"/> Presque toujours

**Facteurs stressants, violence et soutien social**

83) Depuis votre accouchement, qui aurait pu vous aider en cas de problème ? (Par exemple, si vous aviez eu besoin qu'on vous conduise au centre de santé ou si vous aviez dû emprunter 20 dollars.) (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Mon époux ou mon partenaire
- Un(e) ami(e)
- Ma mère, mon père ou mes beaux-parents
- Personne ne pouvait m'aider
- Un membre de la famille/un proche
- Je ne sais pas
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

84) La liste suivante présente les services souvent offerts par un prestataire de soins dans le cadre de la loi Ryan White, Titre IV. Veuillez préciser si vous avez utilisé ces services durant votre grossesse, depuis le début de votre grossesse ou si, ne les ayant pas utilisés depuis que vous êtes tombée enceinte, vous aimeriez avoir accès à de tels services.

Service dans le cadre de la loi Ryan White, Titre IV	Utilisé durant la grossesse ?	Utilisé depuis le début de la grossesse ?	Vous aimeriez y avoir accès ?
Prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de surveillance mutuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance judiciaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification préliminaire d'aide sociale à l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins primaires et soins spécialisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites médicales à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultations diététiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement des toxicomanies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance pour médicaments antirétrovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observance du traitement par médicaments antirétrovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination avec des essais cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination et soutien logistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins aux enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banque alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84a) Si vous avez utilisé certains des services listés ci-dessus, veuillez préciser quel prestataire ou quelle organisation les offraient. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

85) Avez-vous déjà été victime de violence physique ?

Oui (*si oui, veuillez préciser*) \_\_\_\_\_

Non

### Désir et prévention de grossesse

86) Êtes-vous enceinte maintenant ?

Oui

Non (*passer à la question n° 87*)

Indéterminé (*passer à la question n° 87*)

86a) Si oui, depuis combien de semaines êtes-vous enceinte ? \_\_\_\_\_

Indéterminé

87) Utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ?

- Oui (*passer à la question n° 88*)  
 Non

87a) Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de méthode de contraception ?

- Je veux tomber enceinte  
 Je n'ai pas de relations sexuelles  
 Je n'ai pas les moyens d'utiliser une méthode de contraception  
 J'ai une ligature des trompes  
 Je suis opposée à la contraception  
 Mon partenaire ne veut pas que j'utilise de méthode de contraception  
 Je ne sais pas où m'adresser pour en savoir plus sur les méthodes de contraception  
 Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

### Divulgation

88) Après le diagnostic du VIH, pensez-vous qu'on vous traitait mieux durant les consultations, ou moins bien qu'avant ? Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

89) Avez-vous divulgué à tous vos prestataires de soins et aux prestataires de soins de votre enfant que vous étiez porteuse du VIH ?

- Oui (*passer à la question n° 90*)  
 Non  
 Je ne sais pas

89a) Je vous rappelle que toutes vos réponses demeurent confidentielles. Quels sont les prestataires à qui vous n'avez rien dit ? et pourquoi ne leur avez-vous rien dit ? (*Veillez préciser*) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

90) Avez-vous déjà eu des expériences désagréables après avoir expliqué à quelqu'un que vous étiez porteuse du VIH ? Par exemple, une dispute, la perte de votre emploi, etc. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

91) Y-a-t-il des personnes à qui vous aimeriez dire que vous êtes porteuse du VIH mais à qui vous ne le dites pas parce que vous auriez besoin d'aide pour pouvoir le leur dire ? Par exemple, votre partenaire sexuel actuel, d'anciens partenaires, vos enfants, etc. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

92) Avez-vous déjà utilisé les services du PCRS (Partner Counseling and Referral Services) afin que quelqu'un appartenant aux services de santé puisse vous aider à contacter vos anciens

partenaires sexuels ou partenaires dans l'injection de drogues (ou les contacter  
anonymement de votre part) pour les informer qu'ils ont peut-être été exposés au VIH ?

- Oui  
 Non → Fournir une recommandation au PCRS si l'aide est souhaitée

93) Avez-vous un partenaire actuellement ?

- Oui  
 Non (passer à la question n° 95)

94) Votre partenaire a-t-il fait un test de dépistage du VIH ?

- Oui  
 Non (passer à la question n° 95)  
 Je ne sais pas (passer à la question n° 95)

94a) Si oui, quel est le résultat du test de dépistage du VIH ?

- VIH positif  
 VIH négatif  
 Je ne sais pas (préciser) : \_\_\_\_\_

95) Si vous avez d'autres enfants, ont-ils été soumis à un test de dépistage du VIH ?

- Oui  
 Non (passer à la question n° 96)  
 Je ne sais pas (passer à la question n° 96)  
 Je n'ai pas d'autres enfants (passer à la question n° 96)

95a) Certains de vos enfants sont-ils infectés par le VIH ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas → fournir des ressources pour un test de dépistage du VIH pour les  
autres enfants

### Santé mentale

96) Choisissez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis ces  
7 derniers jours, pas seulement à vos sentiments d'aujourd'hui :

**Je peux rire et prendre les choses du bon côté.**

Autant que d'habitude	Pas tout à fait autant	Pas vraiment autant, maintenant	Pas du tout
-----------------------	------------------------	------------------------------------	-------------

**Je suis contente en pensant à l'avenir.**

Autant que je l'étais avant	Plutôt moins qu'avant	Beaucoup moins qu'avant	Presque jamais
-----------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------

**Je me fais des reproches sans motif valable quand les choses vont mal.**

Oui, presque tout le temps	Oui, parfois	Pas très souvent	Non, jamais
----------------------------	--------------	------------------	-------------

**Je m'angoisse ou je m'inquiète sans raison valable.**

Non, pas du tout	Presque jamais	Oui, parfois	Oui, très souvent
------------------	----------------	--------------	-------------------

**J'ai peur ou je m'affole sans avoir de motif vraiment valable.**

Oui, très souvent	Oui, parfois	Non, pas souvent	Non, pas du tout
-------------------	--------------	------------------	------------------

**Je me sens dépassée par les événements.**



Oui, je me sens incapable de faire face presque tout le temps	Oui, parfois je ne me sens pas capable de faire face comme d'habitude	Non, la plupart du temps je peux très bien faire face	Non, je peux faire face aussi bien que d'habitude
<b>Je me sens tellement malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil.</b>			
Oui, presque tout le temps	Oui, parfois	Pas très souvent	Non, pas du tout
<b>Je suis triste ou j'ai le cafard.</b>			
Oui, presque tout le temps,	Oui, très souvent	Pas très souvent	Non, pas du tout
<b>Je me sens tellement malheureuse que je pleure.</b>			
Oui, presque tout le temps,	Oui, très souvent	De temps en temps	Non, jamais
<b>J'ai pensé à me faire du mal.</b>			
Oui, très souvent	Parfois	Presque jamais	Jamais

Source : Cox, J. L., Holden, J. M., et Sagovsky, R. (1987). Dépistage de la dépression postnatale : Développement de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg en 10 questions. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

### Conclusion

Toutes les questions que je vous ai posées me permettent de mieux comprendre votre expérience depuis votre dernière grossesse.

97) Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant votre expérience depuis votre grossesse, quelque chose qu'il est important selon vous de m'expliquer ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

98) Lorsque vous pensez à l'ensemble de cette expérience, considérez-vous que les soins qui vous ont été administrés ou qui ont été administrés à votre bébé peuvent être améliorés de quelque manière que ce soit ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

99) Selon vous, que serait-il nécessaire de faire pour aider les femmes porteuses du VIH, pour leurs enfants et pour leurs familles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notes de l'enquêtrice/enquêteur : veuillez utiliser cet espace pour consigner toute information complémentaire, notamment tout détail pertinent obtenu durant l'entretien mais non consigné par ailleurs, comme la description de l'environnement immédiat durant l'entretien, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Évaluation de l'enfant (à remplir avec la personne qui s'occupe du bébé)**

100) Quelle est votre relation avec [BABY'S NAME]?

- Mère biologique
- Père biologique
- Grand-mère/grand-père
- Autre parent
- Parent adoptif ou parent de famille d'accueil
- Ami(e)
- Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

**Observance de l'administration des médicaments contre le VIH à l'enfant et opinions en matière de santé associées aux médicaments contre le VIH**

101) Des médicaments contre le VIH sont-ils présentement prescrits pour [BABY'S NAME] ?

- Oui
- Non (*passer à la question n° 107*)
- Je ne sais pas (*passer à la question n° 107*)

102) Qui administre à [BABY'S NAME] le médicament contre le VIH la plupart du temps (plus de 3 jours par semaine) ?

- Vous-même
- Quelqu'un d'autre (*préciser*) \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas

103) Administrez-vous, vous ou quelqu'un d'autre, le médicament à [BABY'S NAME] exactement comme il a été prescrit ?

- Toujours ou presque 100 % du temps
- La plupart du temps ou presque 75 % du temps
- La moitié du temps ou 50 % du temps
- Parfois ou environ 25 % du temps
- Rarement ou jamais (moins de 25 % du temps)
- Je ne sais pas

104) J'aimerais connaître maintenant quels sont les médicaments contre le VIH administrés à [BABY'S NAME]. Indiquez les médicaments contre le VIH prescrits au bébé, sans ordre particulier.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

105) Avez-vous parfois des problèmes pour administrer à [BABY'S NAME] son médicament parce que...

Vous ne pouvez pas vous procurer les médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous n'avez plus de médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le bébé crache le médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le médicament provoque des effets indésirables sur le bébé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous vous inquiétez des effets que des médicaments contre le VIH peuvent avoir sur le bébé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre entourage vous offre peu de soutien lorsqu'il s'agit d'administrer des médicaments au bébé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous oubliez d'administrer le médicament au bébé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Administrer le médicament au bébé bouleverse votre emploi du temps et votre sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(S'IL S'AGIT DE L'ENTRETIEN AVEC LA MÈRE) La possibilité que quelqu'un découvre que vous êtes porteuse du VIH vous inquiète ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La possibilité que quelqu'un découvre que le bébé puisse être porteur du VIH vous inquiète ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tout autre problème ( <i>préciser</i> ) _____	

106) Vous servez-vous, vous ou une autre personne, des éléments suivants pour aider à l'administration du médicament à [BABY'S NAME] ? (*cocher toutes les réponses applicables*)

- Étiquettes sur le médicament
- Calendrier
- Avertisseurs ou autre dispositif similaire
- Traitement directement observé ou visites d'infirmière à domicile
- Autre (*préciser*): \_\_\_\_\_
- Aucun dispositif de rappel utilisé

107) Veuillez préciser si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants :

Les médicaments contre le VIH protègent [BABY'S NAME] contre le VIH.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les médicaments contre le VIH sont nocifs pour les enfants et les bébés.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les prestataires de soins vous jugent quant à votre capacité à prendre soin de vos enfants.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Administrer des médicaments contre le VIH à [BABY'S NAME] me donne davantage l'impression de maîtriser sa santé.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Les traitements alternatifs pour [BABY'S NAME] sont aussi efficaces que les médicaments contre le VIH.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
[BABY'S NAME] n'a pas besoin (n'avait pas besoin) de médicaments contre le VIH car vous ne pensez/pensiez pas qu'il/elle est/était porteur/porteuse du VIH	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion
Administrer des médicaments contre le VIH à [BABY'S NAME] me donne plus d'espoir quant à sa santé.	<input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> En désaccord <input type="checkbox"/> Sans opinion

**Santé, soins et dépistage du VIH chez le nouveau-né**

108) Où [BABY'S NAME] reçoit-il/elle les soins courants ? (*nom du centre ou du médecin*) \_\_\_\_\_

109) Avez-vous pu y amener [BABY'S NAME] pour y recevoir les *soins courants* autant de fois que vous le souhaitiez ?

- Oui
- Non

---

110) Certaines des conditions suivantes ont-elles empêché [BABY'S NAME] de recevoir des  
*soins courants ? (cocher toutes les réponses applicables)*

- Vous n'avez pas de moyen de transport ou ne pouvez pas compter sur un moyen de transport régulier
- Vous n'avez pas d'argent ou d'assurance pour [BABY'S NAME]
- Personne ne peut s'occuper de vos autres enfants
- Vous ne savez pas où aller
- Vous n'avez pas de temps libre
- Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous pour [BABY'S NAME]
- Même avec un rendez-vous, il faut attendre trop longtemps avant la consultation
- Le personnel n'est pas à l'écoute
- Le personnel ne parle pas votre langue
- Vous n'aimez pas le personnel ou ne lui faites pas confiance
- Vous n'avez pas pu trouver de médecin ni d'infirmière acceptant [BABY'S NAME] comme patient
- Je ne pense pas que cela peut aider [BABY'S NAME]
- Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

111) Où [BABY'S NAME] reçoit-il/elle les soins relatifs à l'exposition au VIH et au test de  
dépistage du VIH ? (*nom du centre ou du médecin*) \_\_\_\_\_

- Même prestataire de soins que le prestataire de soins courants

112) Avez-vous pu y amener [BABY'S NAME] pour y recevoir des *soins contre le VIH* autant de  
fois que vous le souhaitiez ?

- Oui
- Non

113) Certaines des conditions suivantes ont-elles empêché [BABY'S NAME] de recevoir des  
*soins contre le VIH ? (cocher toutes les réponses applicables)*

- Vous n'avez pas de moyen de transport ou ne pouvez pas compter sur un moyen de transport régulier
- Vous n'avez pas d'argent ou d'assurance pour [BABY'S NAME]
- Personne ne peut s'occuper de vos autres enfants
- Vous ne savez pas où aller
- Vous n'avez pas de temps libre
- Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous pour [BABY'S NAME]
- Même avec un rendez-vous, il faut attendre trop longtemps avant la consultation
- Le personnel n'est pas à l'écoute
- Le personnel ne parle pas votre langue
- Vous n'aimez pas le personnel ou ne lui faites pas confiance
- Vous n'avez pas pu trouver de médecin ni d'infirmière acceptant [BABY'S NAME] comme patient
- Je ne pense pas que cela peut aider [BABY'S NAME]
- Je ne veux pas donner de médicament à [BABY'S NAME]

---

Autre (*préciser*) : \_\_\_\_\_

114) Qui paie les soins de [BABY'S NAME]? (cocher toutes les réponses applicables)

- Assurance privée
- Organisme de gestion des soins (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO), payeur privé
- Assurance Traditional Medicaid
- Organisme de gestion des soins Medicaid (MCO) ou Organisation de soins de santé intégrés (HMO)
- Assurance Medicaid, type indéterminé
- Assurance Medicare
- CHAMPUS/Assurance militaire
- Programme d'État d'assurance santé pour les enfants (SCHIP)
- Vous-même
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

115) Une fois [BABY'S NAME] à la maison, environ combien de fois avez-vous dû l'amener chez le médecin parce qu'il/elle était malade ?

\_\_\_\_\_ fois

- Je ne me souviens pas

116) [BABY'S NAME] a-t-il souffert des problèmes de santé/des troubles suivants ?

Rhume	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois: _____
Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Infection oculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Infection respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Blessure causée par une chute importante ou un accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____
Autre trouble/blessure (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Combien de fois : _____

117) Une fois [BABY'S NAME] à la maison après votre accouchement à l'hôpital, a-t-il fallu l'amener à nouveau pour l'hospitaliser durant une nuit pour quelque raison que ce soit ?

- Oui
- Non (passer à la question n° 118)

117a) Une fois [BABY'S NAME] à la maison après votre accouchement à l'hôpital, a-t-il/elle été hospitalisé(e) durant une nuit ?

- Une fois
- Deux fois
- Trois fois ou plus
- Je ne me souviens pas

117b) Pour quelle raison [BABY'S NAME] a t-il/elle été hospitalisé(e) chaque fois ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

118) Avant votre retour à la maison avec [BABY'S NAME] après votre accouchement à l'hôpital, saviez-vous où l'amener s'il/elle tombait malade ?

- Oui
- Non

119) Avez-vous déjà eu des problèmes pour payer des soins lorsque [BABY'S NAME] était malade ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas

120) Une fois [BABY'S NAME] à la maison, avez-vous reçu une aide financière ou un soutien dans le cadre d'un programme ou provenant d'un organisme ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Service de santé mentale
- Medicaid
- Planning financier
- Programme de traitement d'entretien à la méthadone
- Évaluation/consultation génétique
- Agence de placement
- Planning familial
- Services de protection de l'enfance
- Programme WIC
- Gestion en cours de cas de travail social
- Agence de logement
- Évaluation/suivi à domicile par une infirmière de la santé publique
- Abris de groupes
- Programme de renoncement au tabac
- Aide familiale/aide en hygiène familiale
- Autre *(préciser)* : \_\_\_\_\_

121) [BABY'S NAME] a-t-il/elle bénéficié d'une aide dans le cadre d'un programme d'assistance aux soins médicaux ? *(cocher toutes les réponses applicables)*

- Visites ou soins à domicile par une infirmière de la santé publique
- Soins de relève/soins de jour
- Traitements ou appareils médicaux financés par le Comté/l'État
- Programme de soins de l'enfant
- Sécurité sociale
- Programme WIC
- Programme pour enfants avec handicap physique
- Autre *(préciser)* : \_\_\_\_\_

122) Qu'a dit le médecin/l'infirmière sur le statut VIH de [BABY'S NAME] ? \_\_\_\_\_

---

---



123) Souhaitez-vous ajouter autre chose concernant la santé de [BABY'S NAME] ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

124) Un gestionnaire de soins ou une assistante sociale s'occupe-t-il/elle de [BABY'S NAME] ?

Oui

Non (*passer à la question n° 125*)

124a) Quel type d'aide procure le gestionnaire de soins ou l'assistante sociale de  
[BABY'S NAME] ? \_\_\_\_\_

### Conclusion

Toutes les questions que je vous ai posées me permettent de mieux comprendre ce qui s'est  
passé durant les premières semaines de vie de [BABY'S NAME].

125) Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant votre expérience concernant les soins  
administrés à [BABY'S NAME], quelque chose qu'il est important selon vous de  
m'expliquer ? \_\_\_\_\_

---

---

126) Lorsque vous pensez à l'ensemble de cette expérience, considérez-vous que les soins qui  
ont été administrés à [BABY'S NAME] peuvent être améliorés de quelque manière que ce  
soit ? \_\_\_\_\_

---

---

127) Selon vous, que serait-il nécessaire de faire pour aider les femmes qui sont porteuses du  
VIH, pour leurs enfants et pour leurs familles ? \_\_\_\_\_

---

---

Notes de l'enquêtrice/enquêteur : Veuillez utiliser cet espace pour consigner toute information  
complémentaire, notamment tout détail pertinent obtenu durant l'entretien mais non consigné  
par ailleurs, comme la description de l'environnement immédiat durant l'entretien, etc. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Ce document a été élaboré grâce au financement et au soutien de la Division sur la prévention du VIH/SIDA des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en collaboration avec l'American College of Obstetricians and Gynecologists (the College), CityMatCH, et le National Fetal and Infant Mortality Review Program (NFIMR).