



## Etude sur la poursuite de la contraception chez les adolescentes *Questionnaire à un an*

*Nous vous rappelons que vos données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle. Ces données seront anonymisées dès leur enregistrement. Les informations ne seront accessibles qu'à des spécialistes soumis au secret professionnel. Votre médecin personnel n'aura pas accès à vos réponses. Votre nom ne pourra donc en aucun cas être publié dans des rapports ou des publications qui découleraient de cette étude. De plus, nous vous rappelons que vous pouvez renoncer à répondre à tout ou une partie du questionnaire.*

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

*Veillez cocher ce qui convient*

**1) Un médecin vous a prescrit une contraception il y a un an, il s'agissait de.....** *(la contraception en question sera rappelée ici individuellement, selon les informations de l'annexe 3 bis).* **L'utilisez-vous encore aujourd'hui?**

Oui

Non

**2) Vous est-il arrivé d'arrêter pendant plus de 4 semaines cette contraception durant les 12 derniers mois ?**

oui

non

**3) Etes-vous satisfaite de votre contraception actuelle ?**

Très satisfaite

Satisfaite

Ni satisfaite ni insatisfaite



- Insatisfaite
- Très insatisfaite

**4) Pour chacune des phrases ci-dessous concernant votre contraception actuelle, indiquez à quel point vous êtes d'accord**

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai peur que cette méthode ne soit pas assez efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai constaté des effets indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'oublie souvent ma contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma contraception coûte cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma contraception n'est pas assez discrète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5) Avez-vous été enceinte durant les 12 derniers mois ou êtes-vous actuellement enceinte ?**

- Oui
- Non

**5\*) Si oui, la grossesse est/était-elle désirée ?**

- Oui
- Non

**6) Avez-vous consulté votre gynécologue depuis la prescription de la contraception il y a un an ?**

- Oui
- Non

**7) Avez-vous actuellement des relations sexuelles ?**



- Oui, j'ai eu un partenaire durant le mois précédent
- Oui, j'ai eu plusieurs partenaires durant le mois précédent
- Non

**8) Votre représentant légal (parents ou tuteur) est-il informé que vous prenez/avez pris une contraception ?**

- Oui
- Non

**9) Etes-vous fumeuse ?**

- Oui
- Non

**10) Quelle est votre occupation ?**

- Apprentie
- Employée
- Collège/Gymnase/Haute école/Université
- Sans activité

**11) Où habitez-vous le plus souvent ?**

- Chez mes parents/ma famille
- Chez mon partenaire
- Je vis seule
- Je vis en foyer
- Autre, précisez :.....

*Merci de répondre aux questions suivantes, seulement si vous avez répondu non à la question 1 ou oui à la question 2.*

**12) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous interrompu ou arrêté la contraception?**

	Oui	Non
A. J'ai changé pour une autre méthode de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Je n'avais plus de relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. J'avais peur que cette méthode ne soit pas assez efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D. J'avais constaté des effets indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. J'oubliais fréquemment ma contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Le prix était trop élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Cette méthode n'était pas assez discrète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Autre, précisez : .....		

**12\*) si vous avez changé de méthode de contraception, laquelle utilisez-vous actuellement ?.....**

**Pour quelle(s) raison(s) avez vous changé de méthode ?**

	Oui	Non
A. J'avais peur que la première méthode ne soit pas assez efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. J'avais constaté des effets indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. J'oubliais fréquemment ma contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Le prix était trop élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. La précédente méthode manquait de discrétion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Autre, précisez : .....		