

NOM: _____

DATE: _____

INSTRUCTIONS

Veillez poser les questions (1-12) ci-dessous. Entourez les réponses O/N des répondantes. Ensuite, entourez tous les "1" dans la rangée correspondante dans les 5 colonnes. Exemple : pour la question 1, si la répondante répond "non", entourez le "N" puis le "1" dans les colonnes 1,3 et 5. Faites de même pour l'ensemble des questions 1-12.

Pour la question 12, lisez la liste des méthodes à la répondante et entourez chaque méthode qu'elle dit avoir envisagé d'utiliser. Après l'avoir interrogée sur toutes les méthodes, comptez le nombre de méthodes envisagées. Si ce nombre est égal ou inférieur à 2, entourez le premier choix. Si il est égal ou supérieur à 3 or more, entourez le deuxième choix. Enfin, faite le total de chaque colonne, que vous indiquerez en bas de la colonne. Puis, entourez le nombre le plus élevé. Si le nombre le plus élevé apparaît dans 2 colonnes, entourez la colonne qui se trouve la plus à droite. Par exemple, si les colonnes 1 et 2 obtiennent toutes deux 5 points, entourez la colonne 2.

			Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5
1	Vous êtes-vous déjà rendue dans un centre de santé pour une consultation de Planification Familiale ?	N	1		1		1
		O		1		1	
2	Saviez-vous qu'il existe des moyens pour retarder ou éviter la grossesse ?	N	1				
		O		1	1	1	1
3	Trouvez-vous acceptable pour un couple d'espacer les naissances de leurs enfants ?	N					
		O					
4	Trouvez-vous acceptable pour un couple de limiter le nombre d'enfants qu'ils mettent au monde ?	N	1	1	1		1
		O				1	
5	Trouvez-vous important qu'une méthode de contraception soit une méthode naturelle ?	N	1	1			
		O			1	1	1
6	Trouvez-vous important qu'une méthode de contraception soit facile à interrompre à tout moment ?	N	1				
		O		1	1	1	1
7	Trouvez-vous important qu'une méthode de contraception soit discrète, que personne ne sache que vous l'utilisez ?	N	1		1		
		O		1		1	1
8	Trouvez-vous important qu'une méthode de contraception protège des Maladies Sexuellement Transmises, ou MST ?	N	1	1	1		
		O				1	1
9	Avez-vous déjà essayé de vous informer sur la contraception, par exemple comment l'utiliser, les effets indésirables, le coût, où les procurer, ou d'autres informations ?	N	1		1		1
		O		1		1	
10	Confirmez-vous que vous avez essayé de vous informer sur les endroits où vous procurer différentes méthodes de contraception ?	N	1		1		1
		O		1		1	
11	Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception ?	N	1		1		
		O		1		1	1
12	Lesquelles de ces méthodes avez-vous envisagé d'utiliser : <input type="checkbox"/> abstinence, <input type="checkbox"/> amulettes ou grigris, <input type="checkbox"/> méthode du calendrier, <input type="checkbox"/> retrait, <input type="checkbox"/> MAMA, <input type="checkbox"/> préservatif masculin ou féminin, <input type="checkbox"/> pilule, <input type="checkbox"/> pilule du lendemain, <input type="checkbox"/> DIU, <input type="checkbox"/> injections ou <input type="checkbox"/> implant ?	0-2	1	1	1	1	
		3+					1

TOTAL DES COLONNES (entourer le nombre le plus élevé)							
			Sceptiques Inexpérimentées	Proactives En Santé	Conservatives Passives	Élites Modernes	Autonomes Traditionnelles

