|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semaine de promotion de la santé sexuelle**  **Rapport d'activité 2023** | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |
| Généralités | | | | | | | | |
| Région |  | | Département |  | | Période d’actions | .…/.…/.… au .…/.…/.… | |
| Nom et adresse de la structure de prévention | | | | | | Personne ayant rempli le questionnaire | | |
|  | | | | | | NOM |  | |
|
| Fonction |  | |
|
| Téléphone | |  | | | | Téléphone |  | |
| Nom du responsable | |  | | | | Email |  | |
| Type de structure | | CeGIDD ☐ Association ☐ CSAPA/CAARUD ☐  SSE (Ex-SUMPS) ☐ Hôpital ☐ Laboratoire de biologie médicale (LBM) ☐ Maison des adolescents (MDA) ☐ Collectivité territoriale ☐  Centre de santé sexuelle (ex-CPEF) ☐  Etablissement scolaire ☐  Mission locale ☐  Service Militaire Adapté ☐  Autre ☐, précisez : …………………………………………………………………..   |  | | --- | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Partenariat | | | | | | | | |
| Avez-vous mis en place des partenariats ? | | | | | | | Oui ☐ Non ☐ | |
| Si oui, nombre total de structure(s) partenaire(s) | | | | | | | /……………./ | |
| Dont nombre de nouveaux partenaires | | | | | | | /……………/ | |
| Types de structures partenaires | | CeGIDD ☐ Association ☐ CSAPA/CAARUD ☐ SSE ☐ Centre de santé sexuelle (ex-CPEF) ☐ Hôpital ☐ LBM ☐ Collectivité territoriale ☐ MDA ☐ Etablissement scolaire ☐  Mission locale ☐ Service Militaire Adapté ☐  Autre ☐, précisez : ………………………………………………………………….   |  | | --- | |  | |  | | | | | | | |
| Activités | | | | | | | | |
| Aviez-vous participé à la semaine de la santé sexuelle 2022 ? | | Oui ☐ Non ☐ | | | | | | |
| Thèmes abordés et activités réalisées | | | | | | | | |
| Les thèmes abordés  /  Types d’interventions menées | | **Prévention du VIH et des IST (préservatif, PrEP, TPE, TasP …) : ☐**  Dépistage (si oui, complétez l’annexe 1) : ☐  Vaccination (si oui, complétez l’annexe 1) : ☐  Affichage : ☐  Stand : ☐  Formations (webinaire, autres…) : ☐  Distribution de documentations :   Distribution d’outils de prévention (préservatifs, autotests VIH, autre…) : ☐  Conférence/réunion : ☐  Évènement (spectacle, film, etc.) : ☐  Atelier collectif (démonstration d’outils de prévention) : ☐  Action par les pairs : ☐  Autre : ☐, précisez : ………………………………………………………………  **Contraception / Contraception d’urgence : ☐**  Affichage : ☐  Stand : ☐  Formations (webinaire, autres…) : ☐  Distribution de documentations :   Distribution d’outils de prévention (préservatifs, autotests VIH, autre…) : ☐  Conférence/réunion : ☐  Évènement (spectacle, film, etc.) : ☐  Atelier collectif (démonstration d’outils de prévention) : ☐  Action par les pairs : ☐  Autre : ☐, précisez : ………………………………………………………………  **Dysfonctions sexuelles : ☐**  Affichage : ☐  Stand : ☐  Formations (webinaire, autres…) : ☐  Distribution de documentations :   Distribution d’outils de prévention (préservatifs, autotests VIH, autre…) : ☐  Conférence/réunion : ☐  Évènement (spectacle, film, etc.) : ☐  Atelier collectif (démonstration d’outils de prévention) : ☐  Action par les pairs : ☐  Autre : ☐, précisez : ………………………………………………………………  **Consentement : ☐**  Affichage : ☐  Stand : ☐  Formations (webinaire, autres…) : ☐  Distribution de documentations :   Distribution d’outils de prévention (préservatifs, autotests VIH, autre…) : ☐  Conférence/réunion : ☐  Évènement (spectacle, film, etc.) : ☐  Atelier collectif (démonstration d’outils de prévention) : ☐  Action par les pairs : ☐  Autre : ☐, précisez : ………………………………………………………………  **Autres (IVG, chemsex, discriminations, violences liées au genre, violences sexuelles et sexistes …) : ☐, précisez : …………………………………………….**  Dépistage (si oui, complétez l’annexe 1) : ☐  Affichage : ☐  Stand : ☐  Formations (webinaire, autres…) : ☐  Distribution de documentations :   Distribution d’outils de prévention (préservatifs, autotests VIH, autre…) : ☐  Conférence/réunion : ☐  Évènement (spectacle, film, etc.) : ☐  Atelier collectif (démonstration d’outils de prévention) : ☐  Action par les pairs : ☐  Autre : ☐, précisez : ……………………………………………………………… | | | | | | |
| Sur l’ensemble de vos activités | | | | | | | | |
| Avez-vous eu besoin de former le personnel en vue de la semaine de la santé sexuelle ? | | Oui ☐ Non ☐ | | | | | | |
| Lieux des activités et public(s) ciblé(s) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Nombre d’actions par structure |
| Lieux des activités : | | Au sein de votre structure : ☐  Milieu carcéral : ☐  Espace public (marché, dans les rues, transports en commun, etc.) : ☐  Hébergement collectif : ☐, précisez : ……………………………  Milieu scolaire : ☐  Enseignement supérieur : ☐  Mission locale : ☐  Établissement de santé : ☐  Etablissement social ou médico-social : ☐, précisez : ...……………………………………………  Etablissement de loisir (bar, restaurant, club, boîte de nuit…): ☐, précisez : …………………………………………….  Internet et réseaux sociaux : ☐  Entreprise : ☐, précisez ……………………………………………………  Autre : ☐, précisez : …………………………………………. | | | | | | /…………./  /…………./    /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./ |
|  | | | | | | | | Nombre de personnes |
| Public(s) ciblés(s)  (Cette catégorie aura une double entrée : demander la tranche d’âge pour certaines catégories de public(s) ciblés(s). Il sera possible de répondre donnée inconnue.) | | Population générale : ☐  Personnes précaires : ☐  Collégiens/lycéens/étudiants : ☐  Employés/travailleurs : ☐  Migrants : ☐  Personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe : ☐  Usagers de drogues : ☐  LGBTQIA + : ☐, précisez : ……………………………………………………………….  Personnes en situation de handicap : ☐  Professionnels de santé : ☐  Autre : ☐, précisez : ………………………………………………………………. | | | | | | /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./  /…………./ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous utilisé des outils de communication de SpF ? | | Oui ☐ Non ☐ |
| Si oui, lesquels ? | | Affiches :  Affichettes :  Brochures :  Autres : |
| Avez-vous utilisé d’autres outils de communication ? | Oui ☐ Non ☐ | |
| Si oui, lesquels ? | Affiches :  Affichettes :  Brochures :  Autres : | |
| Par quel canal avez-vous diffusé ces outils de communication (SpF et autres) ? | Radio : ☐  Mail : ☐  Réseaux sociaux : ☐  Presse : ☐  Chaine locale de télévision : ☐  Autre : ☐ Précisez : … | |

|  |  |
| --- | --- |
| Vos remarques sur la semaine de promotion de la santé sexuelle | |
| Points positifs |  |
| Points négatifs/à améliorer |  |
| Autres remarques : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Annexe 1 | |
| Activités de vaccination | |
| **Vaccination VHB**  Nombre de vaccinations réalisées : /……………/  **Vaccination HPV**  Nombre de vaccinations réalisées : /……………/ | |
| Activités de dépistage | |
| Nombre de dépistages réalisés |  |
| **VIH**  Nombre de TROD réalisés : /……………/ Nombre de TROD positifs : /………./  Nombre de sérologies réalisées : /……………/ Nombre de sérologies positives : /……………/ | |
| **VHC**  Nombre de TROD réalisés : /……………/ Nombre de TROD positifs : /……………/  Nombre de sérologies réalisées : /……………/ Nombre de sérologies positives : /……………/ | |
| **VHB \***  Nombre de TROD Ag HbS réalisés: /……………/ Nombre de TROD positifs : /……………/  Nombre de sérologies réalisées : /……………/ Nombre d’Ag Hbs positifs : /……………/ | |
| **Syphilis \*\***  Nombre de sérologies réalisées : /……………/ Nombre de nouveaux diagnostics de syphilis : /……………/ | |
| **Chlamydia trachomatis**  Nombre de PCR réalisées : /……………/ Nombre de PCR positives : /……………/ | |
| **Gonocoque**  Nombre de PCR réalisées : /……………/ Nombre de PCR positives : /……………/ | |
| Nombre de personnes pour lesquelles il s’agissait du premier dépistage |  |

\*VHB : Les résultats positifs d’intérêt sont ceux révélant une découverte d’hépatite B avec un Ag Hbs +. Les hépatites B guéries ou les marques de vaccination ne sont pas à remplir dans le questionnaire.

\*\*Syphilis : Les résultats positifs d’intérêt sont ceux révélant une découverte de syphilis positive nécessitant un traitement. Les cicatrices de syphilis ne sont pas à remplir dans le questionnaire.