|  |
| --- |
| **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.