

# Auto questionnaire vie sexuelle et prévention

Nous vous remercions de vos réponses à cet auto-questionnaire anonyme proposé dans le cadre du projet "Information et soutien en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) pour l'amélioration de la qualité de la vie amoureuse et sexuelle des personnes séropositives" du Service d'Immunologie clinique de l'HEGP et du SMIT de l'hôpital de St Antoine\*

**Date d'aujourd'hui :** ..... / ..... / ..... **Vous êtes suivi(e) à :**  St Antoine  HEGP

**1-Votre âge :** .....ans **2-Vous êtes :**  une femme  un homme

**3-Vous êtes séropositif(ve) au VIH depuis l'année .....**

**4-Vous avez un traitement antirétroviral :**  oui  non

**5-Votre charge virale est actuellement :**  détectable  indétectable  je ne sais pas

**6-Si vous êtes une femme, vous utilisez un moyen de contraception orale (pilule) :**  oui  non

**7-Vous avez un(e) partenaire principal(e) :**  oui  non

**Si OUI,**

→ 7.1. depuis combien de temps :  moins d'1 mois  1 à 6 mois  de 6 à 12 mois  plus de 12 mois

→ 7.2. quel est son sexe:  féminin  masculin

→ 7.3. quel est son statut sérologique :  séropositif au VIH  séronégatif au VIH  inconnu  je ne sais pas

**8-Vous avez observé que vous avez des difficultés d'érection (homme), des douleurs lors des rapports sexuels (femme) :**  Oui  Non

**9-Vous avez observé que vous avez une perte de libido (désir sexuel) :**  Oui  Non

**10-Vous avez observé que vous avez une perte de plaisir :**  Oui  Non

**11. Au cours des 3 derniers mois, combien avez-vous eu de rapports sexuels avec  votre partenaire principal(e)  ?**

0  1  2 à 5  6 à 9  plus de 10

**12. Au cours des 3 derniers mois, vous avez utilisé un préservatif avec  votre partenaire principal(e)  :**

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Jamais	Pas de rapports	Pas de partenaire principal
en ce qui concerne les <u>rapports sexuels avec pénétration</u> anale ou vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en ce qui concerne les <u>rapports sexuels avec fellation</u> (rapports bouche-sexe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Au cours des 3 derniers mois, combien avez-vous eu de  partenaires occasionnel(le)s  ?**

aucun  1  2 à 5  6 à 10  plus de 10

**14. Au cours des 3 derniers mois, vous avez utilisé un préservatif avec  vos partenaires occasionnel(le)s :**

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Jamais	Pas de rapports	Pas de partenaires occasionnel(le)s
en ce qui concerne les <u>rapports sexuels avec pénétration</u> anale ou vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en ce qui concerne les <u>rapports sexuels avec fellation</u> (rapports bouche-sexe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **Au cours des 3 derniers mois, combien avez-vous eu de rapports sexuels avec votre (vos) partenaire(s) occasionnel(le)s ?**

- aucun     1     2 à 5     6 à 10     plus de 10     pas de partenaire occasionnel(le)

16. **Votre/vos partenaire(s) occasionnel(le)s est/sont :**

- masculin(s)     féminin(s)     les deux     pas de partenaire occasionnel(le)

17. **Au cours des 3 derniers mois, avec votre partenaire principal(e) avant ou lors de vos relations sexuelles :**

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Jamais	Pas de partenaire principal(e)
vous avez pris plus de trois verres d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous avez utilisé des stimulants (poppers, ecstasy, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. **Au cours des 3 derniers mois, avec votre (vos) partenaire(s) occasionnel(le)s avant ou lors de vos relations sexuelles :**

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Jamais	Pas de partenaires occasionnel(le)s
vous avez pris plus de trois verres d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous avez utilisé des stimulants (poppers, ecstasy, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous avez voulu savoir son/leur statut sérologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous avez dit à votre/vos partenaire(s) que vous êtes séropositif(ve) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. **La/les personnes [partenaires occasionnel(le)s], avec laquelle/lesquelles vous avez eu une pénétration non protégée était/étaient :**

*Plusieurs réponses possibles*

- séropositive(s) au VIH     séronégative(s) au VIH     je ne sais pas

20. **Au cours des 12 derniers mois, vous avez eu une maladie sexuellement transmissible (syphilis, gonococcie ou autre...) :**

- jamais     1 fois     2 fois     3 fois     plus de 3 fois