

# Questionnaire

A plusieurs reprises, des acteurs de la lutte contre le sida et des associations LGBT ont pointé du doigt le mépris et l'ignorance des acteurs de Santé publique face à la santé des Femmes qui ont des rapports Sexuels avec les Femmes. Un sous groupe FSF a enfin été mis en place, dans le cadre du Plan National de Lutte contre le VIH 2009-2012.

En attendant de voir le ministère de la Santé agir et déployer des moyens afin de mener des études et de mettre en place des campagnes de prévention à destination des FSF, Act Up-Paris vous propose de répondre à ce questionnaire.

**1. Quel est ton age ?** \_\_\_\_\_

**2. Quelle est ta catégorie socio professionnelle ?**

- |                                              |                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Agricultrice |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire       | <input type="checkbox"/> Etudiante    |
| <input type="checkbox"/> Chômeuse            | <input type="checkbox"/> Cadre        |
| <input type="checkbox"/> Artisane            | <input type="checkbox"/> Ouvrière     |
| <input type="checkbox"/> Employée            | <input type="checkbox"/> Autre        |

**3. Habites-tu en**  
 zone rurale       zone urbaine

**4. Dans quel département ?** \_\_\_\_\_

**5. Quelle est ta nationalité ?** \_\_\_\_\_

**6. Quelle est ton origine ?** \_\_\_\_\_

**7. Te sens-tu**

- |                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lesbienne      | <input type="checkbox"/> gouine        |
| <input type="checkbox"/> bisexuelle     | <input type="checkbox"/> transsexuelle |
| <input type="checkbox"/> hétérosexuelle |                                        |

**8. Te sens-tu plutôt ?**

- masculine  féminine  androgyne

**9. Quelle est ta situation de famille ?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> mariée    |
| <input type="checkbox"/> divorcée    | <input type="checkbox"/> en couple |

**10. As-tu des enfants ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

**Si oui, combien ?** \_\_\_\_\_

**11. As-tu déjà adopté ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

**12. Penses-tu à l'adoption ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

**13. As-tu déjà fait des tests de dépistage ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

**Si oui, où ?** \_\_\_\_\_

**14. Etais-tu**

- |                                  |                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seule ? | <input type="checkbox"/> accompagnée ? |
|----------------------------------|----------------------------------------|

**15. Quand était-ce la dernière fois ?** \_\_\_\_\_

**16. En fais-tu, régulièrement ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

**17. Connais-tu ton statut sérologique ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

ne sais pas

**18. Es-tu séropositive ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

ne sais pas

*Si non passe à la question 24*

**19. Comment as-tu été contaminée ?**

- |                                                      |                               |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sexe                        | <input type="checkbox"/> sang |
| <input type="checkbox"/> transmission materno-fœtale |                               |
| <input type="checkbox"/> autre                       |                               |

**20. As-tu déjà développé des IST ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

ne sais pas

**21. Rencontres-tu des difficultés avec ton entourage familial ?**

oui       non

**22. Rencontres-tu des difficultés avec tes amis ?**

oui       non

**23. Rencontres-tu des difficultés avec ton entourage professionnel ?**

oui       non

**24. Es-tu porteuse du virus de l'herpès ?**

oui       non  
ne sais pas

**25. As-tu une sexualité plutôt ?**

monopartenaire       pluripartenaire

## Tes pratiques

**26. Est-ce que tu as, ou as eu des rapports sexuels avec des hommes ?**

oui       non

**si oui**

occasionnellement?     régulièrement?  
 souvent ?

**si oui, avec des hommes**

gay ?     bi ?     hétéro ?

**Connais-tu leur statut sérologique ?**

oui       non

## Avec des femmes :

**27. Tu te masturbes ?**

oui       non

**28. Tu te fais masturber ?**

oui       non

**29. Tu pénètres ?**

oui       non

**30. Tu te fais pénétrer ?**

oui       non

**31. Tu fistes ?**

oui       non

**32. Tu te fais fister ?**

oui       non

**33. Tu sodomises ?**

oui       non

**34. Tu te fais sodomiser ?**

oui       non

**35. Tu as des pratiques SM ?**

oui       non

**si oui lesquelles ?**

**36. Tu lèches le clit ?**

oui       non

**37. Tu te fais lécher le clit ?**

oui       non

**38. Tu broutes le minou ?**

oui       non

**39. Tu te fais brouter le minou ?**

oui       non

**40. Tu bouffes le cul ?**

oui       non

**41. Tu te fais bouffer le cul ?**

oui       non

**42. Tu utilises des jouets sexuels ?**

oui       non

**si oui lesquels ?**

## Quels moyens de protection utilises-tu ?

**43. capote sur le gode ?**

oui       non

**44. digue dentaire ?**

oui       non

**45. préservatif découpé ?**

oui       non

**46. gant en latex ?**

oui       non

**47. Autre, lesquels ?** \_\_\_\_\_

**48. Les utilises-tu systématiquement ?**

oui       non

**49. Qui prend l'initiative du latex dans tes rapports ?**

toi       ta partenaire

**50. Te coupes-tu les ongles ?**

oui       non

**51. En tant que lesbienne quelles sont pour toi les pratiques à risques ?**

---

---

**52. Pour toi, quelle est la pratique la plus risquée ?** \_\_\_\_\_

---

---

**53. Quand tu as l'impression d'avoir pris des risques, que fais-tu ?**

---

---

**54. Consultes-tu un gynécologue ?**

oui       non

**55. Si oui quelle périodicité ?**

---

---

**56. En tant que lesbienne, rencontres-tu des difficultés lors de tes consultations ?**

oui       non

**Si oui lesquelles ?** \_\_\_\_\_

---

---

**57. Connais-tu Protocoles, le bulletin d'informations thérapeutiques ?**

oui       non

**58. Quel est ta principale source d'information sida actuellement ?**

- |                                                 |                                            |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presse écrite          | <input type="checkbox"/> gay               |
| <input type="checkbox"/> lesbienne              | <input type="checkbox"/> hétéro            |
| <input type="checkbox"/> TV                     | <input type="checkbox"/> Radio             |
| <input type="checkbox"/> Cinéma                 | <input type="checkbox"/> Festival de films |
| <input type="checkbox"/> Personnel médical      | <input type="checkbox"/> Association       |
| <input type="checkbox"/> Brochure de prévention |                                            |
| <input type="checkbox"/> Bouche à oreille       | <input type="checkbox"/> Autres            |

**59. Te sens-tu concernée par les campagnes de prévention ?**

oui       non

**Pourquoi ?** \_\_\_\_\_

**60. Connais-tu des lesbiennes séropos ?**

oui       non

**61. As-tu déjà pris des drogues ?**

oui       non

**Si oui, la ou lesquelles ?** \_\_\_\_\_

**62. Te drogues-tu actuellement ?**

oui       non

**Si oui avec quoi ?** \_\_\_\_\_

**Si oui provoquent-elles des interactions avec le traitement en cours ?**

\_\_\_\_\_

**63. Dans le passé, t'es-tu shootée ?**

oui       non

**64. Actuellement, te shootes-tu ?**

oui       non

**Si tu es séropositive**

**65. As-tu rencontré**

un médecin ?       plusieurs médecins ?

**Combien ?** \_\_\_\_\_

*Si tu n'en as vu aucun passe à la question 67*

**66. Quelles difficultés rencontres-tu lors de tes consultations médicales ?**

---

---

**67. Ton suivi médical est-il régulier ?**

oui                            non

**68. Penses-tu qu'il y ait des différences d'accès aux soins par rapport aux hommes ?**

oui                            non

**69. Pour toi, l'accès aux soins a-t-il été**  
**□ facile ? □ difficile ? □ impossible ?**

**70. Penses-tu que ta situation sociale influe sur l'accès aux soins ?**

oui                            non

**71. Prends-tu des traitements ?**

oui                            non

**Si oui, lesquels ?** \_\_\_\_\_

dans ce cas passe à la question 77

**72. Le(s) prends-tu régulièrement ?**

oui                            non

**73. As-tu déjà changé de traitement ?**

oui                            non

**Pourquoi ?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**74. Quel était ton traitement précédent ?**

---

---

**75. As-tu des effets secondaires ?**

oui                            non

**Si oui lesquels ?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**76. As-tu ressenti des changements morphologiques suite aux traitements ?**

oui                            non

**77. As-tu développé des maladies opportunistes ?**

oui                            non

**Si oui, lesquelles ?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**78. Penses-tu que les femmes soient exclues de certains essais ?**

oui                            non

**79. Serais-tu intéressée pour participer à un essai ?**

oui                            non

**80. Une grossesse remettrait-elle en cause cette décision ?**

Ooui                            non

**81. Quand tu baises, annonces-tu ta séropositivité ?**

avant                            pendant  
 après                            tu ne le dis pas

**Ce questionnaire t'a intéressé ? Tu veux en savoir plus ? Tu as des choses à dire ?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N'hésites pas à nous contacter. Par courrier :  
Act Up-Paris, BP 287, 75525 Paris Cedex 11  
ou par mail [femmes@actuparis.org](mailto:femmes@actuparis.org)  
Vous pouvez aussi répondre à ce questionnaire en ligne : [www.actuparis.org](http://www.actuparis.org)