

QUESTIONS DEMOGRAPHIQUES

Partie	Var.name	Labels	Échelles
Partie 1:	Dem 1	Quelle est votre année de naissance ?	<ul style="list-style-type: none"> • Numérique
Questions démo- Graphiques (Dem)	Dem 2	Quel est votre lieu de résidence (canton/ville + Pays) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Numérique • Texte
Question 1 à 6 de l'enquête	Dem 3	Quels mots ou quelle expression décrit au mieux votre identité de genre ?	<ul style="list-style-type: none"> • Femme cis (mon genre correspond à celui qui m'a été assigné à la naissance) • Femme trans* • Homme trans* • Personne intersexe • Queer • Personne ne se reconnaissant pas dans les catégories femme ou homme • En questionnement • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?
	Dem 4	Quel mot ou quelle expression décrirait le mieux votre orientation sexuelle ?	<ul style="list-style-type: none"> • Lesbienne • Homo/homosexuelle • Bi • Queer • Hétérosexuelle • En questionnement • Je ne me reconnais pas dans ces catégories • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?

Dem 5

Quels organes sexuels avez-vous ?

- Vulve
- Clitoris
- Vagin
- Utérus
- Ovaire.s
- Néo-vagin
- Seins
- Prothèses mammaires
- Pénis
- Pénoïde (définition en bas de page)
- Clitoris pénoïde (clitpen/dicklit, définition en bas de page)
- Testicules
- Prostate
- Je ne souhaite pas répondre à cette question Il m'est psychologiquement trop difficile de répondre à cette question

Cocher les réponses pertinentes (choix multiples, un choix minimum)

Dem 6

Quels organes sexuels ont vos partenaires sexuel.le.s ?

- Vulve
- Clitoris
- Vagin
- Utérus
- Ovaire.s
- Néo-vagin
- Seins
- Prothèses mammaires
- Pénis
- Pénoïde (définition en bas de page)
- Clitoris pénoïde (clitpen/dicklit, définition en bas de page)
- Testicules
- Prostate
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

Cocher les réponses pertinentes (choix multiples, un choix minimum)

Commentaires et ajustements

Aucun commentaire

SANTÉ GÉNÉRALE ET SEXUELLE

Partie	Var.name	Labels	Échelles
Partie 2 : Santé Générale et Sexuelle (SG/SS) Questions 7 à 33 de l'enquête	SG 01	Comment décririez-vous votre état de santé en général ?	<ul style="list-style-type: none"> • Très mauvais état • Assez mauvais état • Moyen • Assez bon état • Très bon
	SG 02	Avez-vous un.e médecin de famille/généraliste ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
	SS 03	Avez-vous un.e gynécologue habituel.le ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, et je l'ai consulté.e il y a moins de trois ans • Oui, et ma dernière consultation remonte à plus de trois ans • Non
	SS 04	Consultez-vous un.e autre spécialiste ou professionnel.le de la santé pour votre santé sexuelle (par exemple: médecin généraliste, endocrinologue, autre spécialiste)?	<ul style="list-style-type: none"> • Je ne consulte pas de professionnel.le de la santé pour ma santé sexuelle • Oui. Pouvez-vous préciser s'il vous plaît?
	SS 03	La.le professionnel.le qui vous suit pour votre santé sexuelle est-elle/il au courant de votre orientation sexuelle et/ou identité de genre ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, c'est elle/lui qui m'a posé la question • Oui, c'est moi qui ai pris l'initiative d'en parler • Non, mais j'aimerais bien pouvoir en parler librement avec elle/lui • Non, et je ne souhaite pas en parler avec elle/lui • Non, je ne suis pas suivi.e pour ma santé sexuelle • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plaît?

SS 04	Si vous êtes suivi.e par un.e professionnel.le pour votre santé sexuelle, êtes-vous satisfait.e des soins/recommandations reçus?	<ul style="list-style-type: none"> • Non pas du tout • Plutôt • Non • Ni oui, ni non • Plutôt oui • Oui tout-à-fait
SG 05	Lors d'une consultation chez un.e médecin ou avec un.e professionnel.le de la santé, vous êtes-vous déjà senti.e discriminé.e, jugé.e ou pris.e en charge de manière inadéquate du fait de votre orientation sexuelle et/ou de votre identité de genre et/ou de vos caractéristiques sexuelles ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, plusieurs fois • Oui, une fois • Non
SS 06	Si vous avez déjà consulté, quel était le motif principal de la dernière consultation ?	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de routine • Test infections sexuellement transmissibles IST/VIH • Symptôme, douleur, maladie, ... • Suivi de grossesse • Parcours de transition • Contraception • Traitement hormonal • Je ne m'en souviens plus • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?
SS 07	Suivez-vous un traitement hormonal ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui mais je ne souhaite pas préciser • Non • Oui, je prends:- Un contraceptif hormonal (pilule, stérilet hormonal, patch, anneau vaginal, dispositif sous-cutané, injections).- Un

traitement régulier (ménopause, transition, autre).

SS 07

Qu'est-ce qui vous dissuade ou pourrait vous dissuader de faire un contrôle gynécologique ?

- Le prix trop élevé
- La crainte vis-à-vis de l'examen gynécologique
- Je ne me sens pas concerné.e
- De parler de mes pratiques sexuelles
- De dévoiler mon orientation sexuelle
- De dévoiler mon identité de genre
- L'éloignement du lieu
- De me sentir jugé.e sur mon orientation sexuelle
- De me sentir jugé.e sur mon identité de genre
- Un ou des comportement(s) déplacé(s) en raison de ma génitalité
- Les horaires
- Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?

Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

SS 08

Avez-vous déjà fait un dépistage pour les infections sexuellement transmissibles (par exemple: test VIH, dépistage papillomavirus-HPV, chlamydia/gonorrhée, autre) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

SS 09

Si oui, à quelle occasion avez-vous fait votre dernier dépistage pour les infections sexuellement transmissibles (IST)?

- Lors d'un contrôle régulier
- Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plaît?
- Après un rapport sexuel à risque
- Sur conseil de ma/mon partenaire
- A cause de l'apparition de symptômes (fièvre après un rapport à risque, boutons, écoulements, brûlures, démangeaisons,...)
- Sur proposition de ma/mon gynéco
- Sur proposition de ma/mon médecin
- Sur conseil d'un.e ami.e
- Suite à une agression sexuelle/viol
- Sur conseil d'une association

- SS 10 **Combien de partenaire(s) sexuel.le(s) avez-vous eu.e(s) durant les douze derniers mois ?**
- 0 partenaire
 - 1 - 5
 - 6 - 10
 - > 10
- SS 11 **Combien de partenaire(s) sexuel.le(s) avez-vous eu.e(s) durant toute votre vie ?**
- 0 partenaire
 - 1 - 5
 - 6 - 10
 - > 10
- SS 12 **Selon vous, est-ce qu'il existe des risques de transmissions d'infections sexuellement transmissibles lors de rapports sexuels entre femmes (ou entre des partenaires ayant les organes génitaux suivants: vulve, vagin) ?**
- Non, il n'existe aucun risque
 - Il existe très peu de risques
 - Je ne sais pas
 - Il existe potentiellement des risques
 - Oui il existe beaucoup de risques
- SS 13 **Lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel.le.s (excepté homme cis*), est-ce que vous vous protégez vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ?** Personne cis*: Une personne cis est une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qu'elle a reçu à la naissance (c'est le cas pour la plupart des gens). Cis est le contraire de trans*. (définition TGNS)
- Toujours
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
- SS 14 **Si oui, quel(s) moyen(s) de protection utilisez-vous ?**
- Digue dentaire
 - Film alimentaire
 - Gants
 - Préservatif externe (masculin)
 - Préservatif interne (féminin)
 - Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)
- SS 15 **Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de moyen(s) de protection ?**
- Parce que je ne les connais pas
 - Parce que cela m'enlève du plaisir
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

- Parce que je ne vois pas de nécessité de le faire
- Parce que je ne sais pas comment m'y prendre
- Parce que ma/mon partenaire n'apprécie pas
- Parce que je n'arrive pas à le(s) négocier avec ma/mon partenaire
- Parce que je ne préfère pas y penser
- Parce que c'est trop cher

Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plaît?

SS 16

Avez-vous des pratiques destinées à réduire le risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles (par exemple éviter le contact entre muqueuses) ?

- Oui
- Non
- Si oui pouvez-vous expliquer lesquelles , s'il vous plaît

SS 17

Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une ou plusieurs des infections suivantes?

- Vaginose bactérienne
- Chlamydia
- Gonocoque
- Syphilis
- Mycose vaginale
- Papillomavirus-HPV
- Trichomonas
- Morpions
- Oui, mais je ne sais pas laquelle

Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

SS 18

Avez-vous actuellement une ou plusieurs des infections suivantes ?

- Herpès génital
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH

Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

SS 19

Etes-vous vacciné.e contre l'hépatite A, l'hépatite B, le HPV (papillomavirus) ?

- Oui
- Non
- Si oui, pouvez-vous préciser s'il vous plaît?

- SS 20 **Si on vous proposait un rabais voire la gratuité pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes entre femmes, seriez-vous prêt.e.s à vous faire dépister ?**
- Oui
 - Non
 - Autre, pouvez-vous précisez s'il vous plait?
- SS 21 **Durant les 12 derniers mois, avez-vous déjà eu ou avez-vous les symptômes suivants :**
- Démangeaisons
 - Irritations
 - Brûlures
 - Rougeurs
 - Boutons, vésicules, ulcères
 - Pertes inhabituelles (couleur, odeur, quantité)
 - Je n'ai jamais eu ces symptômes
- Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait ?
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)
- SS 22 **Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu ou avez-vous les symptômes suivants :**
- Douleurs liées aux règles (dysménorrhée)
 - Saignements en dehors des règles (spotting)
 - Absence de règles (aménorrhée), hors grossesse
 - Douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie)
 - Pénétration vaginale partiellement ou totalement impossible, par exemple avec un tampon, un doigt, un pénis, etc.
 - (vaginisme)
 - Incontinence
- Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait?
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)
- SS 23 **Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement la ou les affections suivante(s) :**
- Fibrome
 - Infection urinaire (cystite)
 - Incontinence
 - Descente d'organes (prolapsus)
 - Endométriose (dissémination de cellules utérines en dehors de la cavité utérine)
 - Kystes aux ovaires
 - Nodule du sein
 - Lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

- Cancer du sein, du col de l'utérus, des ovaires (pouvez-vous préciser ci-dessous s'il vous plaît?)
 - Fistule vaginale/anale
- Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plaît?

SS 24

Actuellement, quels seraient vos besoins/attentes concernant votre santé sexuelle ?

- Besoin d'informations
 - Besoin de conseils
 - Besoin de contacts de professionnel.le.s de la santé formé.e.s aux spécificités des personnes LGBTQ
 - Besoin d'écoute
 - Besoin d'informations spécifiques en matière de prévention
 - Besoin de lieux de dépistages facilement accessibles
 - Besoin de plus de visibilité des femmes qui ont des relations sexuelles avec les femmes
 - Besoin de lieux pour parler des questions liées à la santé sexuelle et à la sexualité entre pairs
 - Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plaît ?
- Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

Commentaires et ajustements

Branchements conditionnels :

- Seul-e-s les personnes ayant répondu (Oui, c'est elle/lui qui m'a posé la question ; Oui, c'est moi qui ai pris l'initiative d'en parler ; Non, mais j'aimerais bien pouvoir en parler librement avec elle/lui ; Non, et je ne souhaite pas en parler avec elle/lui) à la question SS 3 peuvent répondre à la question SS 4
- Seul-e-s les personnes ayant répondu (Oui ; Je ne sais pas) à question SS 08 peuvent répondre à la question SS 09
- Seul-e-s les personnes ayant répondu (Toujours ; Souvent ; Rarement) à la question SS 13 peuvent répondre à la question SS 14
- Seul-e-s les personnes ayant répondu (Non) à la question SS 13 peuvent répondre à la question SS 15

CONSOMATION DE SUBSTANCES ET SANTE MENTALE

Partie	Var.name	Labels	Échelles
Partie 3 Consommation de substances et santé mentale (CS/SM) Questions 34 à 39 de l'enquête	CS 1	A quelle fréquence consommez-vous les produits suivants? <ul style="list-style-type: none"> • Tabac • Alcool • Cannabis • Ecstasy, amphétamine, cocaïne • Héroïne • Tranquillisant, antidépresseur, somnifère • Stéroïde, produit dopant 	<ul style="list-style-type: none"> • Jamais • Occasionnellement • Régulièrement
	SM 2	Au cours du mois dernier, à quelle fréquence vous êtes-vous senti.e... <ul style="list-style-type: none"> • Très nerveux.se • Calme et détendu.e • Découragé.e et triste • Heureux.se • Si déprimé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout Le Temps • La Plupart du temps • Parfois • Rarement • Presque Jamais • Jamais
	SM 3	Depuis un an, vous est-il arrivé ? <ul style="list-style-type: none"> • De vous sentir seul.e • De vous sentir déprimé.e • D'être désemparé.e en pensant à l'avenir • De penser recourir au suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout Le Temps • La Plupart du temps • Parfois • Rarement • Presque Jamais • Jamais
	SM 4	Durant les deux dernières années, avez-vous fait une tentative de suicide?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question !

SM 5	Avez-vous déjà pensé à recourir au suicide même si dans la réalité vous ne le feriez jamais?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question !
SM 6	Avez-vous déjà consulté un.e professionnel.le à ce sujet ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question ! •

Aucun commentaire

Commentaires et ajustements

VIOLENCES ET VIOLENCES SEXUELLES

Partie	Var.name	Labels	Échelles
Partie 4 : Violences et violences sexuelles Questions 40 à 44 de l'enquête	VVS 1	Vous est-il déjà arrivé.e... : <ul style="list-style-type: none"> • D'être touché.e d'une « façon sexuelle » qui vous a rendu.e mal à l'aise ? • Je ne suis pas concerné.e par cette question • D'avoir des contacts ou rapports sexuels non-désirés • D'être touché.e d'une « façon sexuelle » qui était violente ? • Que l'on profite sexuellement de vous pendant que vous étiez sous l'influence de l'alcool et/ou de drogue(s) ? • De craindre que votre partenaire ne devienne violent.e, si vous refusiez d'avoir une relation sexuelle avec elle ou lui ? • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait? • Je ne souhaite pas répondre à cette question 	Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)

VVS 2	<p>Dans quel cadre cet/ces événement(s) est-il/sont-ils arrivé(s) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre relationnel/au sein du couple (avec un homme cis, définition en bas de page) • Je ne souhaite pas répondre à cette question • Dans le cadre familial • Dans le cadre relationnel/au sein du couple (avec une partenaire féminine ou un homme trans*, définition en bas de page) • Dans le cadre professionnel • Dans le cadre médical • Autre, pouvez-vous préciser s'il vous plait ? 	<p>Cocher les réponses pertinentes (choix multiples)</p>
VVS 3	<p>Avez-vous déjà été agressé.e sexuellement en raison de votre orientation sexuelle/identité de genre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question
VVS 4	<p>Vous a-t-on déjà imposé un rapport sexuel dans le but de vous faire changer d'orientation sexuelle/d'identité de genre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question
VVS 5	<p>Avez-vous eu recours à un service spécialisé dans les violences ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentaires et ajustements

Branchements conditionnels :

- Seul-e-s les personnes n'ayant **pas** coché (Je ne suis pas concerné.e par cette question) à la question VVS 01 peuvent répondre à la question VVS 2

REMARQUES

Partie 5 : R1

Avez-vous des remarques ? (Si ce n'est pas le cas, vous pouvez écrire "non" dans la case)

Champs libre 200 caractères

Remarques

Question 45 de
l'enquête

Commentaires et ajustements

Aucun commentaire