****

**Organisation de l’offre de soins IVG**

**Proposition d’un modèle de questionnaire pour la réalisation d’un état des lieux sur votre territoire**

Ce questionnaire est à adapter à votre convenance en retirant ou en ajoutant des questions. Cependant, les questions en rouge sont préférentiellement à maintenir car elles vous permettront de collecter :

* Les indicateurs demandés dans *l’INSTRUCTION N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité.*
* Des indicateurs territoriaux communs comparables au niveau national

**QUESTIONNAIRE CENTRES DE SANTE SEXUELLE**

**IDENTIFICATION DU CENTRE :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Votre centre se trouve-t-il dans les murs d’un centre hospitalier** ? [ ]  Oui [ ]  non

**Si oui, êtes-vous :**

[ ]  Un service à part entière de ce CH (UF spécifique, non inclus dans le service d’orthogénie du CH)

[ ]  Inclus dans le service d’orthogénie du CH

[ ]  Indépendant du CH (pas d’UF hospitalière, gestion uniquement par Conseil Départemental)

**Professionnel(s) qui réalise(nt) les IVG dans votre centre** (NOM, tél., spécialité médicale et adresse mail) :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **ACCUEIL DES FEMMES EN DEMANDE D’IVG**
2. **L’accueil des femmes en demande d’IVG (hors situation d’urgence type complication post IVG) est assuré sur votre établissement :**

[ ]  Tous les jours, week-end compris

[ ]  Tous les jours de la semaine aux heures ouvrées

[ ]  3 à 4 jours par semaine

[ ]  Moins de 3 jours par semaine

[ ]  Autre, précisez

1. **Cet accueil est-il régulièrement (au moins 1 fois par an depuis plusieurs années) interrompu temporairement notamment lors des périodes de vacances scolaires ou en cas d’arrêts maladies ?**

[ ]  Oui à la fois pour les IVG médicamenteuses et instrumentales car l’équipe est très réduite

[ ]  Oui mais seulement pour les IVG instrumentales car très peu de médecins les réalisent

[ ]  Non

[ ]  Autre, précisez :

1. **Si l’accueil des femmes en demande d'IVG ne peut pas être assuré, que proposez-vous ?**

[ ]  Orientation vers un autre établissement, à préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Communication d'une liste d'établissements recours

[ ]  Orientation vers la Plateforme d’information et d’orientation nationale (**n° vert 0 800 08 11 11).**[ ]  Orientation vers le site [IVGlesadresses.org](https://www.ivglesadresses.org/) ou un autre site recensant localement l’offre

**II. CONSULTATIONS PRE-IVG**

1. **Un rendez-vous pour la 1re consultation IVG peut être pris :**

[ ]  Par téléphone, merci de nous préciser le numéro : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  En ligne, sur un site web : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Sur place

1. **Le rendez-vous pour la 1ère consultation IVG est donné dans un délai moyen de**:

[ ]  < 5 jours

[ ]  5-7 jours

[ ]  7-10 jours

[ ]  Plus de 10 jours

1. **Des créneaux spécifiques sont-ils réservés pour certaines situations urgentes (terme avancé, contexte social complexe, …) ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Qui donne les RDV ?**

[ ]  Secrétariat spécifique

[ ]  Secrétariat gynéco-obstétrique

[ ]  Autre, à préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

La personne qui donne les RV est-elle formée spécifiquement ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, merci de préciser la formation suivie : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Les téléconsultations sont-elles possibles ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui,

[ ]  Toutes (de la 1ère cs à celle de contrôle)

[ ]  Uniquement certaines

Si non, pourquoi ?

[ ]  Professionnels non formés

[ ]  Difficultés logistiques ou organisationnelles

[ ]  Pas d’adhésion par les professionnels

[ ]  Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **L'échographie de datation est-elle réalisable sur place ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, comment est-elle organisée (où, par qui, dans quel délai…) : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **L’entretien psycho-social est-il proposé au sein de votre structure ?**

[ ]  Oui, uniquement aux femmes mineures

[ ]  Oui, systématiquement à toutes les femmes

[ ]  Oui, uniquement aux femmes mineures et aux femmes majeures pour lesquelles il semble pertinent

[ ]  Non

1. **Qui réalise cet entretien psycho-social dans ou hors de votre structure ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Qualité** | **Lieu d’exercice** |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |

1. **Connaissez-vous des difficultés d’accès à cet entretien ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, lesquelles :

1. **Disposez-vous d’un temps de conseiller(ère) conjugal(e) dédié à l’activité d’IVG ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Disposez-vous d’un temps d’assistant(e) social(e) dédié à l’activité d’IVG ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Disposez-vous d’un temps de psychologue dédié à l’activité d’IVG ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Le repérage des violences est-il fait ?**

[ ]  Non

[ ]  Oui de manière systématique

[ ]  Oui si doute clinique ou contextuel

Si oui, quels outils utilisez-vous en plus de l’anamnèse ?

[ ]  Aucun

[ ]  Questionnaire WAST

[ ]  Violentomètre

[ ]  Autre outil, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **La recherche d’IST est-elle systématiquement proposée ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

**III. CONFIDENTIALITE**

1. **Si la confidentialité est demandée par la patiente, comment est-elle préservée ?**

[ ]  En anonymisant le dossier administratif

[ ]  En anonymisant le dossier médical

[ ]  Autre, à préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Avez-vous une procédure spécifique ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Une femme mineure peut-elle formuler, dans votre service, une demande d’IVG sans le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal ?**

[ ]  Oui, quelle que soit la situation

[ ]  Oui, uniquement en se faisant accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix

[ ]  Non.

Si non, vers qui orientez-vous la mineure ? Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Si une femme mineure souhaite garder le secret de l’IVG, comment la facturation est-elle organisée ?**

[ ]  Sous le NIR spécifique (2 55 55 55 + code caisse + 030)

[ ]  Autre procédure, à préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Aucune procédure spécifique

1. **Si une femme majeure souhaite garder le secret de l’IVG, comment la facturation est-elle organisée ?**

[ ]  Sous le NIR spécifique (2 55 55 55 + code caisse + **071/72**)

[ ]  Autre procédure, à préciser : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Aucune procédure spécifique

**IV. REALISATION DE L’IVG**

1. **Si la consultation préalable à l'IVG est réalisée hors de votre établissement, est-il possible d'obtenir un rendez-vous pour la réalisation d’une IVG sans consultation supplémentaire ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **L'IVG médicamenteuse est-elle réalisée dans votre structure ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, jusqu'à quel terme ? SA

1. **Les modalités de prise en charge de la douleur :**

[ ]  Sont précisées dans un protocole (merci de nous le transmettre si vous en êtes d’accord)

[ ]  Ne sont pas spécifiées

1. **Quand l’IVG ne peut être réalisée dans votre centre, vers quelle structure orientez-vous les femmes ?**

[ ]  Pas d’orientation

[ ]  Orientation vers un établissement, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Communication d'une liste d'établissements recours

[ ]  Orientation vers la Plateforme d’information et d’orientation nationale **(n° vert 0 800 08 11 11)**

1. **Utilisez-vous le/les protocole(s) validé(s) par le réseau ?**

[ ]  Non, mais je les connais

[ ]  Non, je ne le(s) connais pas

[ ]  Oui

Si oui, lesquels :

**V. ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES**

1. **Un accompagnement spécifique est-il prévu pour les équipes directement ou indirectement impliquées en orthogénie ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez Cliquez ici pour taper du texte.

**VI. CONSULTATIONS POST-IVG**

1. **Un rendez-vous de contrôle est-il systématiquement proposé ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, dans quel délai ?

[ ]  < 14e jour [ ]  Entre le 14e et 21e jour [ ]  > 21e jour

1. **Les patientes sont-elles recontactées en cas d'absence au rendez-vous de contrôle ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, par quel moyen ?

[ ]  Par téléphone

[ ]  Par courrier

[ ]  Par email

[ ]  Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Quels moyens de contrôle sont utilisés ?**

[ ]  Échographie

[ ]  Dosage des HCG en laboratoire

[ ]  Checktop

[ ]  Autre, précisez Cliquez ici pour taper du texte.

1. **La consultation de contrôle peut être faite lors d’une téléconsultation ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Un entretien psycho-social est-il proposé lors de la consultation de contrôle ?**

[ ]  Oui, uniquement aux femmes mineures

[ ]  Oui, systématiquement à toutes les femmes

[ ]  Oui, uniquement aux femmes mineures et aux femmes majeures pour lesquelles cet entretien semble pertinent

[ ]  Non

**VII. CONTRACEPTION**

1. **Réalisez-vous des actions d’éducation à la santé sexuelle ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui**,** précisez : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Dans le cadre de la prise en charge d’une IVG, le mode de contraception ultérieure est abordé :**

[ ]  Lors de la 1ère consultation

[ ]  Au moment de la consultation de contrôle

[ ]  N'est pas abordé

**VIII. TRAVAIL EN RESEAU**

1. **Avez-vous une convention pour la prise en charge des IVG avec :**

[ ]  Un établissement de santé, précisez lequel : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Un centre de santé, précisez lequel : Cliquez ici pour taper du texte.

[ ]  Autre, précisez lequel : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **Communiquez-vous vos horaires, plages d’ouverture et éventuels non maintiens de l’offre de soins à la Plateforme d’information et d’orientation nationale (n° vert 0 800 08 11 11) ?**

[ ]  Oui, directement

[ ]  Oui, via le Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité (DSRP, anciennement Réseau de Santé en Périnatalité)

[ ]  Non

1. **Avez-vous des besoins spécifiques en matière de formation IVG ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez pour quels professionnels et quelle(s) thématique(s) : Cliquez ici pour taper du texte.

**IX. DEMARCHE QUALITE**

1. **Avez-vous connaissance de modalités de déclaration d’un évènement indésirable lié à l’IVG ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **Le cas échéant, seriez-vous prêt à faire une déclaration ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

**X. VALORISATION**

1. **Comment valorisez-vous votre activité d’orthogénie ?**

[ ]  Cotation des actes comme réalisés en externe (2 consultations **IC ou ICS** + **forfait FHV + FMV**)

[ ]  Cotation hospitalière avec UF spécifique au centre (PMSI : **RUM avec acte : JNJP001**)

[ ]  Cotation hospitalière sans UF spécifique au centre

[ ]  Pas de cotation = financement uniquement par le Conseil départemental

[ ]  Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

**REMARQUES OU QUESTIONS**

Cliquez ici pour taper du texte.