****

**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.