**Evénement indésirable lié à l’accès à**

**une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

**Comment ?**

**Qui peut déclarer ?**

Professionnels de santé et usagers concernés par l’accès aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) à La Réunion.

**Qu’est ce qu’on déclare ?**

Tout événement **passé** altérant le vécu, la sécurité médicale et/ou émotionnelle de la femme (difficultés d’accès à l’IVG, jugements moraux, choix de la technique imposé… cf. liste des problèmes).

**Cette fiche de déclaration n’est pas valable pour les événements urgents et/ou graves.** Les événements associés aux soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique qui ont un caractère certain de gravité telle qu’une hospitalisation en réanimation, une réintervention chirurgicale, un risque vital ou un décès, doivent être signalés immédiatement au portail de signalement des évènements sanitaires indésirables et font l’objet d’une procédure particulière.

[**http://www.signalement-sante.gouv.fr/**](http://www.signalement-sante.gouv.fr/)

**Si l’évènement indésirable non grave concerne une IVG par voie médicamenteuse réalisée en ville,** renvoyer cette fiche remplie au Réseau Périnatal de La Réunion.

**Si l’évènement indésirable non grave concerne une IVG réalisée en centre hospitalier, renvoyer cette fiche au centre d’orthogénie ou au service de gestion des risques de l’établissement ?**

**Et après ?**

Afin d’améliorer la prise en charge de l’IVG à La Réunion, le service de gestion des risques de l’établissement de santé analysera de manière confidentielle et anonyme ces déclarations.

Après synthèse, les établissements de santé et le Réseau Périnatal de La Réunion travailleront conjointement pour améliorer la qualité de cette prise en charge.

En fonction de la gravité, de la répétition des signalements… l’ARS pourra intervenir directement auprès des établissements/professionnels.



***Fiche à adresser dans les meilleurs délais***

* ***au service de gestion des risques de votre établissement de santé référent ou au référent d’orthogénie ?(voir coordonnées au verso) pour une IVG réalisée en établissement de santé,***
* ***au Réseau Périnatal de La Réunion (voir coordonnées au verso) pour une IVG réalisée en ville.***

|  |
| --- |
| **Le déclarant :** |
| Etes-vous la personne directement concernée par cet événement ?  □ Oui  □ Non |
| Souhaitez-vous être contacté.e?  □ Oui  □ Non |
| Si oui, veuillez indiquer vos coordonnées pour que l’on puisse vous recontacter et vous faire part des suites données à votre déclaration.  Téléphone : Mail : |

|  |
| --- |
| **Vous êtes un professionnel de santé, veuillez indiquer :** |
| Qualité / Fonction : |
| Nom de la structure : |
| Téléphone : Mail : |
| Adresse : |
| Code postal : Ville : |

|  |
| --- |
| **Description de la patiente concernée** |
| Tranche d’âge :  □ Moins de 18 ans  □18-25 ans  □25-40 ans  □ Plus de 40 ans |
| Nombre de semaines : de grossesse (SG) :  d’aménorrhée (SA) :  Quand ?  □ au moment de la demande  □ au moment de l’IVG |
| Il s’agit d’une IVG :  □ médicamenteuse avec hospitalisation  □ médicamenteuse hors établissement de santé (à domicile)  □ aspiration chirurgicale sous anesthésie locale  □ aspiration chirurgicale sous anesthésie générale  □ ne connaît pas le type de méthode |
| Code postal du lieu de résidence de la patiente : |





|  |  |
| --- | --- |
| cid:image003.png@01D68058.4EF1B8B0**Nature de l’événement déclaré et déroulement des faits**  Réalisation : Réseau Périnatal de La Réunion – novembre 2020 | |
| **Date et heure de l’événement :** | |
| **Lieu de l’événement :** | |
| **Code postal du lieu de l’événement :** | |
| ***Problème(s)***  *Vous pouvez cocher plusieurs cases* | □ Accueil : téléphonique, physique, administratif, soignant  □ Accompagnement de l’équipe  □ Choix de la méthode  □ Choix du lieu  □ Constitution du dossier  □ Coordination des structures  □ Délai de prise en charge  □ Entretien médical  □ Entretien psychosocial  □ Maltraitance  □ Organisation de l’établissement  □ Prise en charge de complications  □ Prise en charge de mineure  □ Prise en charge financière  □ Problème lié à l’échographie  □ Problème lié au laboratoire  □ Refus de prise en charge  □ Respect de l’anonymat  □ Respect de la confidentialité  □ Transport/éloignement géographique  □ Autre : |
| **Décrivez-nous le(s) problème(s) rencontré(s)** : | |

******

***Nous vous remercions pour ces informations qui nous aideront à améliorer la prise en charge de l’Interruption Volontaire de Grossesse à La Réunion.***

**REPERE**

**115 D, Allée de Montaignac - 97427 ÉTANG-SALÉ LES HAUTS**

**TÉL : 0262 35 15 59 – FAX : 0262 35 16 65**

**LES CENTRES D’ORTHOGÉNIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTEUR NORD** | |
| **CHU Site NORD**  Allée des Topazes - 97400 SAINT-DENIS | **0262 90 55 22** |
| **CLINIQUE SAINTE-CLOTILDE**  127, route du Bois de Nèfles - 97490 SAINTE-CLOTILDE | **0262 48 21 10** |
| **SECTEUR SUD** | |
| **CHU Site SUD**  Avenue François Mitterrand - BP 350 - 97448 SAINT-PIERRE CEDEX | **0262 35 97 42** |
| **SECTEUR OUEST** | |
| [**Centre**](https://lemedecin.fr/st-paul/ch-ouest-reunion/52ca96093d8bee141081ad198f2c38fd/vpro/) **d’Éducation Prévention Santé (CEPS)**  21, rue Ibrahim Balbolia - 97460 SAINT-PAUL | **0262 74 23 80** |
| **CLINIQUE JEANNE D’ARC**  Rue Alsace Lorraine, CS 21038 – 97829 LE PORT CEDEX | **0262 42 88 37** |
| **SECTEUR EST** | |
| **Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)**  30, RN3 – ZAC Madeleine - 97470 SAINT-BENOIT | **0262 98 83 42** |

=>Pas utile si envoi fiche au centre d’orthogénie

**LES SERVICES QUALITÉ, GESTION DES RISQUES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTEUR NORD** | | |
| **CHU Site NORD**  Allée des Topazes - 97400 SAINT-DENIS | **-** | **0262 90 50 22** |
| **CLINIQUE SAINTE-CLOTILDE**  127, route du Bois de Nèfles - 97490 SAINTE-CLOTILDE | **-** | **0262 48 21 10** |
| **SECTEUR SUD** | | |
| **CHU Site SUD**  Avenue François Mitterrand - BP 350 - 97448 SAINT-PIERRE CEDEX | **-** | **0262 35 96 86** |
| **CLINIQUE DURIEUX**  100, rue de France, ZAC Paul Badre – 97430 LE TAMPON | **Mr Marc MILLAN**  [marc.millan@cliniquedurieux.fr](mailto:marc.millan@cliniquedurieux.fr) | **0262 91 48 83** |
| **SECTEUR OUEST** | | |
| **Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR)**  5, impasse Plaine Chabrier - 97460 SAINT-PAUL | **Mme Brigitte LANNEBERE**  [qualite.risque@ch-gmartin.fr](mailto:qualite.risque@ch-gmartin.fr) | **0262 74 20 21  ou 0262 74 20 22** |
| **CLINIQUE JEANNE D’ARC**  Rue Alsace Lorraine, CS 21038 – 97829 LE PORT CEDEX | **Mme Claire BAUDIS**  [claire.baudis@clinifutur.net](mailto:claire.baudis@clinifutur.net) | **0262 54 50 40** |
| **SECTEUR EST** | | |
| **Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)**  30, RN3 – ZAC Madeleine - 97470 SAINT-BENOIT | [qualite@gher.fr](mailto:qualite@gher.fr) | **0262 98 80 98** |