

# FICHE CENTRE



1. **Date :**     /\_\_/\_ /\_\_/\_ /\_\_/\_
2. **Nom du centre :** \_\_\_\_\_
3. **Ville ou arrondissement :** \_\_\_\_\_
4. **Spécialité du service :** \_\_\_\_\_
5. **Nom du chef de service :** \_\_\_\_\_
6. **Effectifs du service en 2019**

	Nombre de personnel permanent	Nombre de personnel vacataire	ETP total
a. Médecins spécialistes	__ _	__ _	__ _
b. Médecins généralistes	__ _	__ _	__ _
c. Infirmiers	__ _	__ _	__ _
d. Autres personnels soignants	__ _	__ _	__ _
e. Techniciens d'études clinique	__ _	__ _	__ _
f. Moniteurs d'études clinique	__ _	__ _	__ _
g. Assistant social	__ _	__ _	__ _
h. Psychologue	__ _	__ _	__ _
i. Pharmacien	__ _	__ _	__ _
j. Médiateur de santé de l'hôpital	__ _	__ _	__ _
k. Intervenant communautaire ou médiateur extérieur (salariés/bénévoles)	__ _	__ _	__ _
l. Autres	__ _	__ _	__ _
m. Personnel total	__ _	__ _	__ _

**7. Jours et horaires des consultations :**

Lundi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Mardi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Mercredi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Jeudi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Vendredi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Samedi De \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_ et de \_\_\_ h \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

**8. Le service est-il impliqué dans d'autres projets de recherche ?**

- clinique : oui  non

- Autre : oui  non



Si oui préciser : \_\_\_\_\_

**9. Les consultations suivantes sont-elles présentes dans le centre ?**

	OUI DANS LE SERVICE	OUI DANS LE CENTRE	ADRESSE AUX PARTENAIRES
INFECTIOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERMATOLOGIE/IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINOLOGIE/METABOLISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIETETIQUE/NUTRITION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GYNECOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROCTOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYCHIATRIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOULEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABACOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYCHOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALCOOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADDICTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEXOLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRACEPTION/PLANIFICATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Est-ce que des associations ont des permanences dans votre service ?**

- Oui
- Non

**10.1 Si oui, lesquelles :** \_\_\_\_\_

**11. Est-ce que des associations de personnes trans ont des permanences dans votre service ?**

- Oui
- Non

**12. Y-a-t-il du matériel à disposition des usagers, dans le service ?**

- Piluliers
- Préservatif externe (masculin)
- Préservatif interne (féminin)
- Gel lubrifiant
- Seringues/aiguilles
- Autre matériel de RDR (Roule-ta-paille, petit matériel d'injection etc.)
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**13. Des brochures spécifiques à destination des personnes trans sont-elles à disposition des usagers ?**

- Oui
- Non

**14. Des brochures spécifiques à destination des PVVIH sont-elles à disposition des usagers ?**

- Oui
- Non

**14.1 Si oui, à quelle fréquence sont-elles renouvelées ?**

- Mensuelle
- Trimestrielle
- Annuelle

**15. Existe-t-il des séances d'ETP (éducation thérapeutique à destination des patients) à destination des personnes vivant avec le VIH**

- Oui → **MERCI DE COMPLETER LA SECTION SUIVANTE**
- Non → **FIN DU QUESTIONNAIRE**

## Section sur l'Éducation Thérapeutique du Patient

### 16. Qui assure les séances ?

- Infirmiers
- Médecins
- Psychologues
- Acteurs associatifs
- Pharmaciens
- Autre

### 17. Combien de séances d'ETP sont réalisées par semaine ?

- Entre 1 et 3
- Entre 3 et 5
- Plus de 5

### 18. Les séances sont-elles individuelles ou collectives ? (Plusieurs réponses possibles)

- Individuelles
- Collectives

#### 18.1 Quel est le nombre moyen de participants par session ?

- Entre 1 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Plus de 15

### 19. Les entretiens sont proposés de façon :

- Régulière
- A la demande

**20. Les thèmes suivants sont-ils abordés durant les séances ?**

	Oui	Non
Observance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schéma de prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiance au médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement (famille, entourage, réseau relationnel, soutien social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduites à risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres addictions/dépendances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perception des risques (recherche de sensation, impulsivité, prise de risque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance des modes de transmission et méthodes de prévention du VIH (préservatif, TasP, TPE, PreP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance des symptômes et moyens de dépistage de primo infection VIH et autres IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des IST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Qu'est-ce qui caractérise l'ETP, dans votre structure ?**

	Oui	Non
Une salle/box spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une collation durant les séances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilité de bénéficier d'un accompagnement en dehors des séances d'ETP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MERCI DE VOTRE COLLABORATION