

Violence basée sur le genre

OUTIL D'ÉVALUATION DE L'ASSURANCE QUALITÉ— LA VERSION MINIMALE DES SOINS

*Normes fondées pour la prestation de soins de haute qualité post-VBG dans
les établissements de santé*



Violence basée sur le genre (VBG)¹

OUTIL D'ÉVALUATION DE L'ASSURANCE QUALITÉ- LA VERSION DES SOINS MINIMUMS

Nom de l'établissement _____ Date _____

Nom de la personne qui remplit ce formulaire _____

Titre de la personne qui remplit ce formulaire _____

Structure de l'outil

Cet outil d'évaluation de l'assurance qualité relative à la VBG énumère 24 normes fondées sur des données factuelles pour la prestation de soins de haute qualité post-VBG dans les établissements de santé. Cet outil a été conçu par Jhpiego et le Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis [en anglais, *U.S. Centers for Disease Control and Prevention*] (CDC) qui ont bénéficié de l'étude des ressources et de la contribution de partenaires spécialistes des questions de genre/VBG du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le Sida [en anglais, *President's Emergency Plan for AIDS Relief*] (PEPFAR), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de diverses organisations internationales, de prestataires de santé en charge de cas de VBG et de ministères de la Santé. **Veuillez lire les informations et les instructions figurant dans le Guide de facilitation avant d'utiliser cet outil.**

Cet outil contient des normes qui sont réparties selon différents domaines de prestation de service (par exemple, la préparation de l'établissement, les soins cliniques). Les critères de vérification sont énumérés dans une colonne située à côté de ces normes, et ils indiquent ce qui doit être en

¹ La violence basée sur le genre est toute forme de violence commise contre un individu en raison de son sexe biologique, de son identité ou de son expression en termes de genre, ou de la perception de son adhésion aux attentes socialement définies de ce que signifie le fait d'être un homme ou une femme, un garçon ou une fille. Elle comprend les abus physiques, sexuels et psychologiques ; les menaces ; la coercition ; la privation arbitraire de liberté ; et la privation économique, qu'ils se produisent dans la vie publique ou privée. La VBG est enracinée dans les différences de pouvoir liées au genre, y compris les inégalités sociales, économiques et politiques. Elle est caractérisée par l'utilisation et l'abus de pouvoir et de contrôle physique, émotionnel ou financier. La VBG prend des formes diverses et peut se produire pendant l'enfance, l'adolescence, les années de procréation et la vieillesse.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

place pour que chaque norme soit considérée comme « respectée ». La **version minimale de l'outil** n'inclut pas les normes ambitieuses de la version complète. Les établissements situés dans les milieux démunis ou ceux qui commencent à mettre en place de nouveaux services doivent être évalués en utilisant une version minimale de l'outil sur les soins, qui n'inclut pas des normes ambitieuses.

Beaucoup des normes figurant dans cet outil peuvent être vérifiées en visitant un établissement AVANT d'entamer la conversation. Il faut environ 2-3 heures pour appliquer la version minimale de l'outil. L'évaluateur/trice doit se familiariser avec l'ensemble de l'outil avant de conduire l'évaluation afin d'identifier les normes pour lesquelles une réponse peut être obtenue pendant la visite de l'établissement.

La première étape devrait consister à poser deux questions à l'équipe et noter leurs réponses:

1. Quels sont les plus grands points forts de votre établissement?
2. De quoi êtes-vous le plus fier par rapport aux soins post-VBG prodigués par cet établissement?





Moyens de vérification

Dans la colonne sur les moyens de vérification, une voire plusieurs des méthodes suivantes sont suggérées pour aider les évaluateurs/trices à savoir comment collecter/vérifier les informations nécessaires à la notation de chaque critère. Il se peut qu'il soit impossible d'utiliser toutes les méthodes suggérées pour chaque critère de vérification. L'évaluateur/trice doit prendre la meilleure décision possible:

- **D:** Observation directe des établissements et des processus administratifs ou cliniques. Cela ne doit pas inclure l'observation des interactions prestataire/patient-e ou des examens, en raison des questions relatives à la vie privée et à l'éthique.
- **I:** Faire les entretiens avec les prestataires de service ou les responsables d'établissement (l'évaluateur/trice pose des questions et sonde davantage si nécessaire pour déterminer si la procédure est appliquée ou si l'élément existe tel que décrit dans les normes).
- **R:** Examen des dossiers, des directives, des protocoles et documents cliniques et administratifs.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

Chaque critère de vérification présente la liste des personnes à interroger à propos du respect des normes. La plupart des critères de vérification dresse la liste de personnes de l'établissement à interroger à propos de la vérification. Dans la mesure du possible, les évaluateurs/trices doivent interroger au moins deux sources pour corroboration. Des instructions spécifiques figurent dans le Guide de facilitation annexe, qui comprend des icônes précisant qui interroger:

MÉDECIN/INFIRMIERE/SAGE-FEMME 	TRAVAILLEUR-SE SOCIAL-E/CONSEILLER-ÈRE/PSYCHOLOGUE 
RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT/SUPERVISEUR DES SERVICES LIÉS À LA VBG 	POLICE ² 

Il peut être difficile de discuter de certaines normes. Pour ces normes, *des répliques contenant le langage suggéré sont incluses en italique*. Certaines normes comportent des informations supplémentaires, ou il faut se référer à une autre norme de l'outil. S'agissant de ces normes, **(LES INSTRUCTIONS SONT INCLUSES EN CARACTÈRES GRAS ET ENTRE PARENTHÈSES)**.

Instructions pour la notation:

² La présence de la police n'est pas autorisée dans tous les établissements. Les évaluateurs/trices ne doivent pas contacter la police en dehors des établissements; néanmoins la police peut être sollicitée à des fins de vérification lorsqu'elle est disponible sur le site.







Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

1. Ne laisser aucun critère de vérification sans note. Marquer « **OUI** » ou « **NON** » pour chaque critère. Noter « **OUI** » si la procédure, la documentation, l'élément, etc. existent tels que décrits. Notez « **NON** » si la procédure, la documentation, l'élément, etc. n'existent pas tels que décrits.
2. Donner une brève justification pour les critères accompagnés de la mention « **NON** » en notant les lacunes, les problèmes ou les éléments manquants en matière de soins dans la colonne réservée aux commentaires.
3. Il se peut que certains critères de vérification ne soient pas applicables. Dans ce cas, l'option « N/A » sera clairement indiquée directement en dessous de la description du type de norme (**EN CARACTÈRES GRAS ET ENTRE PARENTHÈSES.**) Pour ces critères, écrire « **N/A** » dans l'encadré réservé aux commentaires et inclure une explication des raisons pour lesquelles le critère de vérification n'était pas applicable.
4. Après l'évaluation, noter les informations collectées et notées dans ce document sur le Formulaire de notation. Veiller à ce qu'aucune donnée ou commentaire ne soit perdu lors du transfert des informations de l'outil vers le formulaire de notation.
5. Sur le Formulaire de notation, noter « **OUI** » si **l'ensemble** des critères de vérification sont respectés.
6. Noter « **NON** » si certains de ces critères de vérification **ne** sont pas respectés, et écrire dans la colonne réservée aux commentaires les éléments manquants ou non appliqués.
7. Les critères de vérification accompagnés de la mention « **N/A** » ne sont pas pris en compte dans la note. (Si **tous** les autres critères de vérification de cette norme sont respectés sauf celui pour lequel « **N/A** » est indiqué, noter « **OUI** ». Si **certains** des autres critères de cette norme ne sont pas respectés, noter « **NON** ». Ne pas considérer une norme comme respectée si « **N/A** » est indiquée pour **tous** les critères.) **(DES EXEMPLES DE NORMES NOTÉES FIGURENT DANS LE GUIDE DE FACILITATION.)**
8. Ne pas donner une notation partielle (par exemple, 0,75) si seulement **certains** des critères de vérification sont respectés, pour éviter la confusion ou les erreurs de calcul. Il faut noter la mention « **NON** ».
9. Compter le nombre de normes pour lesquelles la mention « **OUI** » a été indiquée. Noter cela dans la colonne intitulée « Nbre de normes respectées ».
10. Prendre « Nbre de normes respectées », le diviser par 24 (**ou le nombre total de normes moins toutes celles qui ont été notées « N/A »**) et le multiplier par 100 pour obtenir le « % de normes respectées ». Il s'agit du résultat de l'évaluation finale; le noter sur le Formulaire de notation.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.


11. Noter l'ensemble des points forts et des difficultés au bas du Formulaire de notation.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.




NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
I. DISPONIBILITÉ ET PERTINENCE DES SERVICES					
1. L'établissement offre des services liés à la VBG qui sont accessibles, disponibles, abordables et appropriés	1.1 L'établissement offre des soins liés à la VBG ³ 24 heures sur 24 OU l'établissement aide les patients à accéder à d'autres établissements qui offrent des soins essentiels en dehors des heures d'ouverture	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.2 L'établissement offre des soins liés à la VBG sans que les patient/es concerné/es ne doivent signaler les faits à la police	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.3 L'établissement dispose de formulaires médico-légaux (par ex., les patient/es ne sont pas obligé/es d'aller au poste de police pour obtenir des formulaires) (DEMANDER À VOIR LE FORMULAIRE)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.4 L'établissement protège la confidentialité pendant le processus de triage/d'admission	I, D 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.5 L'établissement supprime ou réduit les tarifs pour les patient/es victimes de VBG Demander: Existe-t-il des services que les patient/es doivent payer?	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.6 L'établissement donne la priorité aux patient/es qui ont subi une agression sexuelle pour faire en sorte qu'ils/elles bénéficient de soins et de soutien le plus tôt possible	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

³ Les soins essentiels liés à la VBG comprennent l'appui de première ligne (conseils empathiques de base s'appuyant sur le concept **LIVES**: **É**couter, s'**I**nformer, **V**alider, **A**méliorer la sécurité, et **S**outien par l'orientation vers d'autres services/ressources), la prophylaxie post-exposition au VIH et aux IST, et la contraception d'urgence et les transferts vers d'autres services/établissements, si nécessaire.


Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	1.7 L'établissement fait en sorte que tous/toutes les patient/es aient un accès égal aux soins, indépendamment de leur sexe, de leur identité de genre, de leur orientation sexuelle, de leur statut matrimonial, de leur âge, de leur handicap, de leur race, de leur religion, de leur ethnicité, etc. Demander: Avez-vous déjà entendu parler du cas d'un/e patient/e refusé/e par l'établissement en raison de ses origines ethniques, parce qu'il/elle n'est pas marié/e, parce que c'est un homme ou pour toute autre raison?	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II. PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS ET INFRASTRUCTURES					
2. L'établissement dispose de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) visibles sur la VBG	2.1 L'établissement dispose de supports d'IEC visibles pour les patient/es (par ex., posters et/ou brochures sur ce qu'il faut faire sur la VBG, les lois et les droits relatifs à la VBG, et les services disponibles) dans les zones très fréquentées (par ex., les halls, salles d'attente, salles de consultation, toilettes, etc.)	D, R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. L'établissement dispose des infrastructures, des équipements et de produits pour prodiguer des soins liés à la VBG (VOIR L'ENCADRÉ 1)	3.1 L'établissement offre des services liés à la VBG à un endroit qui fait partie —ou se trouve près— d'un établissement de santé (pas dans un lieu indépendant)	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.2 L'établissement veille à ce que les affiches à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement soient discrètes (par ex., au lieu d'indiquer « Centre d'aide aux victimes de viol »), il faudrait des affiches indiquant « Centre de bien-être » ou « Centre de soins intégrés » pour améliorer la sécurité et respecter la vie privée des patient/es et des prestataires	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	3.3 Les salles/zones de l'établissement où les services de conseils sur la VBG et les services cliniques sont prodigués sont privées (on ne peut pas voir ou entendre le/la patient/e de l'extérieur), propres et confortables	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.4 L'établissement dispose de l'ensemble des infrastructures, du mobilier, des équipements, des fournitures, des documents et des produits disponibles (VOIR L'ENCADRÉ 1 SOUS CETTE RUBRIQUE POUR NOTER CETTE NORME. SI UN ÉLÉMENT EST MANQUANT, MARQUER NON POUR CETTE NORME.	D, I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.5 L'établissement dispose d'un système pour vérifier chaque trimestre, si les médicaments, les vaccins et les tests sont encore valides, et jeter en toute sécurité ceux qui ont atteint leur date de péremption	D, I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.6 L'établissement intègre les fournitures, les produits, les vaccins, les tests et les équipements liés à la VBG (VOIR ENCADRÉ 1) dans la chaîne d'approvisionnement de l'établissement	D, I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ENCADRÉ 1: INFRASTRUCTURES, MOBILIER, ÉQUIPEMENTS, FOURNITURES, ET PRODUITS ESSENTIELS

(MENER UNE OBSERVATION DIRECTE ET INTERROGER UN PRESTATAIRE OU RESPONSABLE D'ÉTABLISSEMENT POUR DÉTERMINER SI LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES. MARQUER « OUI » POUR LA NORME 3.5 SI TOUS LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS PAR EX. 

Infrastructures

- ☐ Consultation privée/salle d'examen (on ne peut pas voir ou entendre le/la patient de l'extérieur) qui est propre et confortable
- ☐ Les toilettes ou latrines peuvent être verrouillées depuis l'intérieur

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> Eau Meubles <input type="checkbox"/> Chaises pour le/la patient/e, accompagnant et prestataire <input type="checkbox"/> Table ou bureau <input type="checkbox"/> Porte, rideau ou paravent pour préserver l'intimité pendant l'examen <input type="checkbox"/> Table d'examen <input type="checkbox"/> Housse lavable ou jetable pour la table d'examen <input type="checkbox"/> Source d'éclairage adaptée dans la salle d'examen <input type="checkbox"/> Lampe d'angle ou torche pour l'examen pelvien <input type="checkbox"/> Armoire avec verrou, salle ou autre pour conserver les dossiers des patient/es en toute sécurité; OU ordinateur protégé par un mot de passe pour les dossiers électroniques <input type="checkbox"/> Armoire avec verrou pour les fournitures médicales ou salle pouvant être verrouillée où les fournitures médicales sont conservées Fournitures administratives <input type="checkbox"/> Aide-mémoire dans la langue du prestataire (par ex., algorithme, diagramme des transferts) (VOIR LA SECTION « POLITIQUE ET DISPOSITION EN MATIÈRE DE SOINS » POUR LA LISTE D'AIDE-MÉMOIRES) <input type="checkbox"/> Directives, protocoles et politiques nationales pertinentes <input type="checkbox"/> Formulaire d'admission de patient-e/formulaire d'évaluation de patient/e <input type="checkbox"/> Formulaire médico-légal/formulaire d'examen médico-légal <input type="checkbox"/> Registre de soins liés à la VBG ou post-viol <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement ou questions standardisées que le prestataire utilise pour obtenir le consentement éclairé verbal ou écrit pour l'examen et les soins liés à la VBG ⁴ <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement ou questions standardisées que le prestataire utilise pour obtenir le consentement éclairé verbal ou écrit pour les tests de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Répertoire pour les transferts vers d'autres services/établissements Fournitures cliniques					

⁴Les prestataires doivent toujours obtenir le consentement éclairé avant toute procédure ou service. Pour les services liés à la VBG, le consentement écrit est préférable, cependant le consentement verbal est accepté en l'absence de formulaire de consentement.



Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> Brassard de tensiomètre <input type="checkbox"/> Stéthoscope <input type="checkbox"/> Ligne de lit et blouse propres pour chaque patient/e <input type="checkbox"/> Lavabo avec savon pour se laver les mains et/ou glycérine hydro-alcoolique pour que le/la clinicien/ne avant l'examen et le/la patient/e les utilisent après l'examen <input type="checkbox"/> Matériel de réanimation (si l'établissement où se trouvent les services liés à la VBG dispose de ces équipements, cela est suffisant) <input type="checkbox"/> Produits d'hygiène féminine (serviettes hygiéniques ou chiffons propres) <input type="checkbox"/> Poubelle avec couvercle et réceptacle jetable pour les matériaux non contaminés <input type="checkbox"/> Bac à déchets biologiques avec couvercle et réceptacle jetable pour les matières infectieuses <input type="checkbox"/> Aiguilles / seringues et boîtes pour objets tranchants avec couvercle <input type="checkbox"/> Instruments de nettoyage des fournitures (autoclaves en état de fonctionnement pour stériliser le matériel et le système de secours, désinfectants, javel, détergent, brosse) <input type="checkbox"/> Plateau stérile <input type="checkbox"/> Tubes de prélèvement sanguin <input type="checkbox"/> Récipient collecteur d'urine stérile ou propre <input type="checkbox"/> Gants d'examen jetables <input type="checkbox"/> Spéculum <input type="checkbox"/> Abaisse langue (pour l'inspection du frein et la blessure de la langue) <input type="checkbox"/> Ciseaux <input type="checkbox"/> Matériel de suture <input type="checkbox"/> Bandages <input type="checkbox"/> Horloge (pour noter l'heure à laquelle l'examen commence et se termine) Médicaments et produits essentiels <input type="checkbox"/> Kit de test de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Tests de grossesse <input type="checkbox"/> Pilules de contraception d'urgence ou DIU au cuivre (TYPES ET POSOLOGIE CONFORMES AUX DIRECTIVES NATIONALES OU À CELLES DE L'OMS) <input type="checkbox"/> Prophylaxie post-exposition au VIH en fonction du protocole du pays (TYPES ET POSOLOGIE CONFORMES AUX DIRECTIVES NATIONALES OU À CELLES DE L'OMS) <input type="checkbox"/> Médicaments pour le traitement des IST selon le protocole du pays					

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> Médicaments pour soulager la douleur (par ex. paracétamol) <input type="checkbox"/> Anesthésiant local pour les sutures <input type="checkbox"/> Antibiotiques de large spectre pour soigner les plaies <input type="checkbox"/> Vaccin contre le tétanos					

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
III. IDENTIFICATION DES PATIENT/ES QUI ONT SUBI DE LA VIOLENCE COMMISE PAR UN/E PARTENAIRE INTIME OU DE LA VIOLENCE SEXUELLE ⁵					
4. L'établissement dispose d'un système adapté pour que les prestataires identifient les patient/es qui ont subi des actes de VBG	4.1 Si un/e patient/e se présente avec des signes et symptômes de violence commise par un/e partenaire intime ou de violence sexuelle (VOIR LES SIGNES ET SYMPTÔMES DANS L'ENCADRÉ 2), le prestataire pose des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle (s'appuyant sur un soupçon de violence) ⁸ (VOIR LA NORME 5 POUR LES QUESTIONS)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4.2 L'établissement dispose d'un processus standardisé pour poser des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁵ Bien qu'il y ait plusieurs formes de VBG, cet outil suggère des orientations sur la manière de poser des questions sur les formes les plus courantes de VBG: **Violence commise par un partenaire intime et violence sexuelle**. L'OMS présente les trois principales approches à privilégier pour **la violence commise un partenaire intime** qui sont étayées par les preuves:


Le fait de poser des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime aux patients/es qui révèlent avoir subi de la violence, ou aux patients/es qui présentent des signes ou des symptômes de violence commise par un partenaire intime. On appelle souvent cela « identification active d'un cas. » **Cela doit être fait quelles que soient les conditions prévues pour dispenser des services en cas de violence commise par un partenaire intime afin de prodiguer des soins adaptés et au moment opportun.**

L'entretien de routine pour l'ensemble des patients/es dans un cadre spécifique (par ex., interroger toutes les patientes de soins prénatals ou à l'ensemble des patients/es séropositifs/ves.) **Cela ne pourra être fait que dans les contextes qui respectent les normes minimales conformément aux directives de l'OMS, décrites dans le point 4.3. Le fait d'interroger et ensuite de ne pas offrir des services / d'offrir des services de mauvaise qualité pourrait réveiller le traumatisme du/de la survivant/e et susciter une défiance à l'égard des services et n'est pas recommandé.**

Le dépistage universel de l'ensemble des patients dans tous les contextes (on le propose aux patients/es quel que soit le type de services dont ils/elles bénéficient). **Le dépistage universel n'est pas recommandé.** Les preuves manquent pour démontrer qu'il conduit à la diminution de la violence commise par un partenaire intime ou qu'il comporte des avantages sanitaires, et il peut surcharger des systèmes de santé déjà surmenés.

Cet outil contient des indications sur la manière de poser des questions sur la violence sexuelle commise par un/e partenaire non intime (par ex., contre un enfant). Ces questions sont tirées de l'outil d'enquête sur le dépistage de la violence contre les enfants, publié en 2017.

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	sexuelle (par ex., aide-mémoire, algorithme, etc.) qui s'aligne sur les directives de l'OMS ⁶				
	<p>4.3 La politique de l'établissement consiste à mener des entretiens cliniques de routine sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle SEULEMENT SI les services répondent à toutes les exigences minimales pour l'enquête de routine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un protocole ou des procédures opérationnelles permanentes existent pour fournir des services post-VBG • Un questionnaire qui comporte des questions-types permettant aux prestataires de documenter les réponses, existe • Les prestataires offre un appui de première ligne • Les prestataires ont suivi une formation sur la manière d'interroger sur la violence commise par un/e partenaire intime et la violence sexuelle • Un cadre privé est mis à disposition et la confidentialité est respectée • Un système de transfert vers d'autres établissements ou des liens vers d'autres services au sein de l'établissement sont en place <p>Si l'une des exigences minimales fait défaut, ou les services liés à la VBG sont considérés comme insuffisants, les prestataires ne conduisent pas l'entretien de routine ou le dépistage universel</p>	<p>I, R</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




⁶ Voir l'exemple d'aide-mémoire dans le guide de facilitation.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.




NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
ENCADRÉ 2. SIGNES ET SYMPTÔMES GÉNÉRAUX DE LA VIOLENCE COMMISE PAR UN/E PARTENAIRE INTIME⁷ <ul style="list-style-type: none"> • Contusions, fractures, abrasion, et/ou blessure traumatique, en particulier si elles sont récurrentes au fil du temps, et/ou justifiées des explications vagues ou non plausibles • Symptômes gastro-intestinaux chroniques inexpliqués tels que le syndrome du côlon irritable et les douleurs chroniques • Symptômes inexpliqués de l'appareil reproducteur, telles que les douleurs pelviennes, dysfonction sexuelle • Problèmes de santé reproductive, tels que les grossesses non désirées multiples et/ou les interruptions de grossesse, soins de grossesse tardifs ou complications liées à l'accouchement • Blessure génitale ou anale inexpliquée, comme les douleurs, les plaies, les saignements ou les pertes génitales ou anales • Symptômes génito-urinaires inexpliqués, comme les douleurs durant la miction, les infections vésicales ou rénales fréquentes • Saignements vaginaux ou de l'anus répétés et infections sexuellement transmissibles • Autres douleurs chroniques inexpliquées • Problèmes avec le système nerveux central - par ex., maux de tête, problèmes cognitifs, perte auditive • Consultations médicales répétées sans diagnostic clair • Partenaire ou conjoint/e envahissant/e qui insiste pour être présent/e durant les consultations • Symptômes de dépression, d'anxiété, SSPT, troubles du sommeil • Pensées et/ou comportements suicidaires ou autres automutilations • Alcoolisme et autres abus de substances <p>Signes et symptômes spécifiques de violence sexuelle envers des enfants et des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse d'une enfant incapable de consentir légalement à un rapport sexuel • Toute IST chez un/e enfant au-delà de la période d'acquisition périnatale • Douleurs, plaies, saignements, blessures et pertes génitales ou anales chez un/e enfant prépubère • Révélation d'actes de violence ou d'exploitation sexuelle par un/e enfant • Plaintes de douleurs au niveau de la région anale (par ex., fissures, douleurs, saignements) • Vulvo-vaginite et autres troubles gynécologiques récurrents • Énurésie et souillure fécale au-delà de l'âge normal • Comportement déplacés ou très sexualisés 					

⁷ Ces signes et symptômes sont inclus pour aider le prestataire à trianguler la survenance de la violence commise par un partenaire intime ou la violence sexuelle; cependant, ils peuvent également indiquer une cause indépendante ou un problème de santé. En cas de soupçon de violence commise par un partenaire intime ou de violence sexuelle, le prestataire doit faire preuve de subjectivité et approfondir pour déterminer si des faits de violence commise par un partenaire intime/de violence sexuelle ont eu lieu.

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Agitation, irritabilité et comportement agressif 					
5. Le prestataire pose des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle de façon appropriée	5.1 Le prestataire ne pose jamais de questions sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle à moins que le/la patient/e soit seul/e (même si un autre membre de la famille est présent, étant donné que cette personne peut être l'auteur des faits, ou un proche parent de l'auteur des faits) ET dans une salle de consultation privée (le/la patient/e ne peut être vu/e ou entendu/e de l'extérieur)	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5.2 Le prestataire soulève le sujet de la VBG avec précaution en l'évoquant de manière générale avant d'interroger le/la patient/e directement à propos de sa situation Demander: Comment soulèveriez-vous le sujet de la violence commise par un/e partenaire intime ou de la violence sexuelle avec un/e patient/e? Demander: Poseriez-vous une des questions suivantes? <ul style="list-style-type: none"> Nous voyons souvent des personnes qui subissent des problèmes dans leurs relations, qui nuisent à leur santé et à leur bien-être? J'aimerais interroger les patient/es sur les expériences en termes de violence ou d'abus pour les aider à bénéficier des soins et du soutien le plus adapté La violence qui survient à la maison n'est souvent pas évoquée et il s'agit d'une chose subie par de nombreuses personnes. Vous pouvez me parler en toute sécurité si vous ou une personne à laquelle 	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	vous tenez êtes ou est confrontée à la violence à la maison				
	<p>5.3 Le prestataire n'oblige pas le/la patient/e à parler de son expérience de violence commise par un/e partenaire intime ou de violence sexuelle s'il/si elle ne le souhaite pas</p> <p>Sonder: Si un patient/e dit qu'il/elle ne veut pas parler de son expérience de la violence commise par un/e partenaire ou la violence sexuelle, l'encouragez-vous à le faire, malgré tout?</p>	<p>I</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>5.4 Le prestataire explique qu'il/elle pose des questions précises au/à la patient/e pour évaluer sa sécurité et faire en sorte qu'il/elle bénéficie du traitement et soutien qui convient</p> <p>Demander: Si un/e patient/e se présente et dit qu'il/elle a subi de la violence commise par un/e partenaire intime ou de la violence sexuelle, lui expliqueriez-vous ce que vous allez faire et demander? Comment l'expliqueriez-vous?</p>	<p>I</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>5.5 Le prestataire pose des questions simples et directes sur les actes de violence pour enquêter sur la violence commise par un/e partenaire intime et la violence sexuelle et note les réponses</p> <p>Demander: Pourriez-vous me donner certains exemples des questions que vous posez à un/e</p>	<p>I</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.



NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<p>patient/e afin de comprendre quel type de violence est révélé, le cas échéant?</p> <p>(SI LE PRESTATAIRE DONNE UNE RÉPONSE SIMILAIRE À TROIS VOIRE PLUSIEURS DES QUESTIONS FIGURANT CI-DESSOUS, NOTER « OUI » POUR LE CRITÈRE DE VÉRIFICATION. LIRE À HAUTE VOIX 2-3 DES EXEMPLES FIGURANT CI-DESSOUS À TITRE DE CLARIFICATION)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été frappé/e, giflé/e, étranglé/e ou avez-vous reçu des coups de poing ou de pied? • Au cours des 6 derniers mois, quelqu'un vous a-t-il forcé/e à avoir des rapports sexuels contre votre volonté? • Quelqu'un vous-a-t-il forcé/e à avoir un contact sexuel que vous ne vouliez pas? • Quelqu'un vous-a-t-il menacé/e de vous blesser ou de vous faire du mal physiquement d'une manière quelconque? <p>LES QUESTIONS SUIVANTES SONT DESTINÉES AUX SURVIVANT/ES DE VIOLENCES COMMISES PAR UN/E PARTENAIRE INTIME, ET NON AUX ENFANTS SURVIVANT/ES DE LA VIOLENCE SEXUELLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette/ces personne/e essaie/nt-elle/s de vous contrôler, par exemple, de vous empêcher d'avoir de l'argent ou de quitter la maison? • Votre conjoint/e ou partenaire ou quelqu'un d'autre vous harcèle-t-il/elle ou vous insulte-t-il/elle? 				

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.





NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Votre conjoint/e ou partenaire ou quelqu'un d'autre vous a-t-il/elle menacé/e? • Avez-vous peur de cette personne? 				
6. Le prestataire évalue et aborde les risques éventuels de violence immédiate lorsque la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle est révélée (autrement dit, planification de la sécurité)	<p>6.1 Le prestataire⁸ pose des questions simples et directes pour évaluer le danger immédiat pour la vie du/de la patient/e</p> <p>Demander: Pourriez-vous me donner des exemples de questions que vous posez à un/e patient/e pour évaluer le danger immédiat, le cas échéant?</p> <p>(SI LE PRESTATAIRE DONNE UNE RÉPONSE SIMILAIRE À TROIS OU PLUSIEURS DES QUESTIONS FIGURANT CI-DESSOUS, NOTER « OUI » POUR LE CRITÈRE DE VÉRIFICATION. LIRE À HAUTE VOIX 2-3 DES EXEMPLES CI-DESSOUS À TITRE DE CLARIFICATION)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La violence physique est-elle survenue plus souvent, ou a-t-elle empiré au cours des 6 derniers mois? • A-t-il/elle déjà utilisé une arme ou vous-a-t-il menacé avec une arme? • A-t-il/elle déjà essayé de vous étrangler? • Croyez-vous qu'il/elle pourrait vous tuer? • Vous a-t-il déjà frappée pendant votre grossesse? • Est-il/elle violemment et constamment jaloux de vous? 	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6.2 Si le/la patient/e répond « oui » à 3 des questions ci-dessus concernant le danger immédiat, ou si le/la	I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⁸ Le terme « prestataire » fait référence au médecin, à l'infirmier/ère, au/à la psychologue ou au/à la travailleur/se social/e sauf indication contraire

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	patient/e demande un hébergement d'urgence, le prestataire l'oriente vers hébergement d'urgence ou sécurisé, ou travaille avec le/la patient/e pour identifier un lieu sûr où il/elle peut se rendre (par ex., le logement d'un/e ami/e, une église, etc.)				
	<p>6.3 Le prestataire aide le/la patient/e à créer un plan de sécurité</p> <p>Demander: Pourriez-vous me donner des exemples de questions que vous posez à un/e patient/e pour l'aider à créer un plan de sécurité, le cas échéant?</p> <p>(SI LE PRESTATAIRE DONNE UNE RÉPONSE SIMILAIRE À TROIS OU PLUSIEURS DES QUESTIONS FIGURANT CI-DESSOUS, NOTER « OUI » POUR LE CRITÈRE DE VÉRIFICATION. LIRE À HAUTE VOIX 2-3 EXEMPLES CI-DESSOUS À TITRE DE CLARIFICATION)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous deviez quitter votre domicile précipitamment, où pourriez-vous aller? • Partiriez-vous seul/e ou emmèneriez-vous vos enfants avec vous? (Si le/la patient/e a des enfants) Comme vous rejoindriez-vous ce lieu? • Quels documents, clés, argent, vêtements, numéros de téléphone ou autres choses prendriez-vous avec vous lorsque vous partirez? • Pouvez-vous mettre ces choses essentielles en lieu sûr ou les laisser chez quelqu'un en qui vous avez confiance en dehors de chez vous, au cas où? • Avez-vous accès à de l'argent si vous devez partir d'urgence? 	<p>I</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous un/e voisin/e à qui vous pouvez dire d'appeler la police ou demander de l'aide s'il/si elle entend des bruits de violence venant de chez vous? 				
IV. SOINS CLINIQUES ET COMMUNICATION AXÉS SUR LES PATIENT/ES					
7. Le prestataire obtient le consentement éclairé des patient/es adultes et le consentement éclairé des patient/es mineur/es	7.1 Le prestataire obtient le ⁹ consentement éclairé écrit ou verbal (ou le consentement éclairé de mineurs), ¹⁰ et explique au/à la patient/e ce que l'examen médico-légal implique et comment les informations qui en résultent peuvent être utilisées avant l'examen ou la procédure médicale	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.2 Le prestataire obtient le consentement écrit ou verbal pour les conseils et le test de dépistage du VIH	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.3 Le prestataire suit les directives nationales ou celles de l'établissement pour obtenir le consentement éclairé de la part des enfants et des adolescents si le/la patient/e est mineur/e	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.4 Le prestataire ne force jamais le/la patient/e, y compris les enfants de tout âge, à subir un examen contre leur volonté, à moins que l'examen ne soit nécessaire pour le traitement médical (par ex., si un/e	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	






⁹Pour un modèle de formulaire de consentement, voir la p. 56 de l'ouvrage de PEPFAR intitulé « Step by Step Guide to Strengthening Sexual Violence Services in Public Health facilities »: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2010HIV_PEPFAR_SGBV_Toolkit.pdf

¹⁰ Le « consentement » ne peut être accordé que par les personnes qui ont atteint l'âge légal du consentement (en général 18 ans). Le « consentement éclairé » est l'accord donné par une personne qui n'est pas capable de donner son consentement de participer aux services. Voir le Guide de facilitation, p. 18 pour des indications concernant l'âge auquel le consentement par opposition au consentement éclairé peut être demandé aux patient/es.


Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	patient/e est susceptible de souffrir d'hémorragies internes graves) Demander: Existe-t-il des maladies pour lesquelles vous forceriez un/e patient/e à subir un examen s'il/si elle le refuse?				
	7.5 Le prestataire dit clairement au/à la patient/e qu'il/elle peut refuser une composante de l'examen ou de la session de conseils à tout moment, et demande son consentement verbal à chaque étape de l'examen	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.6 Le prestataire respecte la décision du/de la patient/e quant à l'implication de la police à tout moment, si elle est conforme à la loi nationale. Demander: Si un/e patient/e ne veut pas impliquer la police, pour quelles raisons le/la forceriez-vous à le faire?	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.7 Si l'implication de la police est prévue par la loi (par ex., dans le cas d'un/e mineur/e), le prestataire informe le/la patient/e ou le/la tuteur/trice légal/e sur les procédures requises, les droits des patients, et les résultats possibles ou l'implication de la police aussitôt que possible durant la discussion (SI DES DIRECTIVES OU LOIS EXIGENT LE SIGNALEMENT, NOTEZ « N/A » DANS LA SECTION DES COMMENTAIRES ET NE PAS NOTER CE CRITÈRE)	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7.8 Une fois que la sécurité de l'enfant est assurée et que des soins cliniques aigus ont été dispensés, si la loi l'exige, le prestataire procède au signalement auprès des autorités. Cette décision est guidée par les	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	démarches les moins néfastes prenant en compte les meilleurs intérêts de l'enfant et son droit à la protection. Demander: Avez-vous déjà signalé un abus commis contre un/e enfant aux autorités, et dans quelles circonstances?				
8. Le prestataire prend en charge les blessures de manière appropriée	8.1 Le prestataire évalue et documente les signes vitaux	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.2 Le prestataire veille à ce que le/la patient/e soit stabilisé/e médicalement et soigne ses blessures graves immédiatement	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.3 Le prestataire prend note des antécédents médicaux détaillés décrits par le/la patient/e (ou le/la tuteur/trice/accompagnant de confiance si le/la patient/e est incapable de donner des informations sur ses antécédents et a accepté qu'un/e accompagnant/e soit présent/e, et le/la patient/e est mineur/e)	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.4 Le prestataire prend en charge les blessures génitales et anales comme il se doit (par ex., suturer les lacérations vaginales, au niveau de l'utérus et de l'anus ou oriente le/la patient/e vers un établissement de haut-niveau si indiqué, en particulier dans les cas de mutilations génitales féminines)	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.5 Le prestataire prend en charge des blessures mineures, après la collecte des preuves médico-légales (seulement si le/la patiente a donné son consentement	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<p>éclairé pour la collecte de preuves médico-légales) (VOIR LA NORME 19), y compris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soigner les blessures, lacérations ou déchirures mineures • Poser les bandages ou attelles si nécessaire • Assurer les tests de suivi si indiqué (par ex., radios pour recherches de fracture) 				
9. Le prestataire montre qu'il connaît les techniques de communication adaptées pour empêcher une aggravation du traumatisme du/de la patiente	<p>9.1 Le prestataire montre qu'il maîtrise les compétences d'empathie et de communication pour les utiliser avec les patient/es</p> <p>Demander: Pouvez-vous citer une des plus importantes techniques de communication à utiliser avec tous les patients?</p> <p>(NOTER « OUI » SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE TROIS VOIRE OU PLUSIEURS DES EXEMPLES FIGURANT CI-DESSOUS. LIRE 2-3 EXEMPLES À TITRE DE CLARIFICATION)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écouter activement (par ex., ne pas interrompre, ne pas faire pression sur le/la patient/e pour révéler les informations s'il/si elle est réticent/e) • Valider ce que dit le/la patient/e (c'est-à-dire reconnaître verbalement l'importance de ce que dit le/la patient/e) • Faire preuve de gentillesse, de compassion et d'intérêt • Éviter de juger ou de culpabiliser • Parler dans la langue du/de la patient/e, ou faire venir un interprète 	<p>I</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	







Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser un langage simple et éviter les termes complexes Utiliser un langage et une communication non-verbale facile à comprendre pour le/la patient/e Encourager le/la patient/e à poser des questions 				
10. Si le/la patient/e est un/e enfant, le prestataire en tient particulièrement compte conformément aux directives nationales	10.1 Le prestataire fait preuve de compassion et donne des conseils avant de noter les antécédents	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.2 Si le prestataire soupçonne un environnement familial abusif ou dangereux, le prestataire travaille pour identifier un hébergement d'urgence alternatif ou une ligne de conduite pour l'enfant	I 			
	<p>10.3 Pour les jeunes patient/es, le prestataire utilise des techniques de communication adaptées aux enfants.</p> <p>Demander: Pouvez-vous citer une des techniques de communication adaptées aux enfants les plus importantes à utiliser avec les jeunes patients? (NOTER « OUI » SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE TROIS OU PLUSIEURS DES EXEMPLES FIGURANT CI-DESSOUS. LIRE 2-3 DES EXEMPLES À TITRE DE CLARIFICATION)</p> <ul style="list-style-type: none"> Rassurer l'enfant qu'il/elle a fait ce qu'il fallait pour signaler l'agression, et qu'il/elle n'est pas coupable Donner la possibilité à l'enfant de faire des choix (par ex., posez des questions comme « Aimerais-tu cette couverture ou cette couverture? »). Cela permet à l'enfant de reprendre le contrôle et se sentir responsable 	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	






Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Poser une question à la fois • Éviter de poser des questions tendancieuses (par ex., au lieu de demander « A-t-il/elle touché vos organes génitaux? » le prestataire doit demander « Où vous a-t-il/elle touché? ») • Éviter de poser des questions à choix multiples ou des questions auxquelles il faut répondre par oui/non, qui peuvent susciter la confusion et conduire l'enfant à donner des réponses imprécises (par ex., au lieu de demander « la personne qui a fait cela est-elle une personne que vous ne connaissiez pas, un/e camarade de classe, un/e voisin/e ou un membre de la famille? » le prestataire doit demander « Qui est la personne qui a fait cela? ») <p>Éviter de demander aux jeunes enfants (par ex., ceux qui ont moins de 10 ans) quand quelque chose leur est arrivé, étant donné qu'ils n'ont pas une notion précise du temps</p>				
	10.4. Le prestataire autorise l'enfant à avoir un/e accompagnant/e de confiance à ses côtés durant l'examen, sachant qu'il est possible que l'accompagnant/e puisse être ou non une personne qui prend soin de lui/d'elle ou un parent	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.5 Pour éviter la douleur ou des blessures graves, le prestataire n'utilise pas le spéculum pour examiner les filles prépubères à moins qu'une blessure vaginale interne ou une hémorragie interne soient suspectées — auquel cas une anesthésie générale est administrée	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.



NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	avant l'examen et un spéculum de petite taille adaptée aux enfants est utilisé				
11. Le prestataire respecte et préserve l'intimité du/de la patient/e et la confidentialité	11.1 Le prestataire ne partage pas d'informations concernant le/la patient/e ou l'/les incident/s avec des personnes qui ne sont pas directement impliquées dans les soins prodigués au/à la patient/e	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11.2 Le prestataire ne permet la présence que des personnes autorisées dans la salle de consultation ou d'examen (par ex., les personnes autorisées pourraient être l'accompagnant/e choisi par le/la patient/e ou le personnel impliqué dans les soins prodigués au/à la patient/e)	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11.3 Le prestataire accorde suffisamment de temps, d'espace, et respecte l'intimité du/de la patient/e pour qu'il/elle se déshabille et s'habille pour les examens	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11.4 L'établissement conserve les dossiers des patient/es, les formulaires médico-légaux, le registre des cas de VBG, les preuves médico-légales et tout autre document comportant des informations d'identification des patient/es en toute sécurité dans une armoire, un casier ou une salle verrouillée, conformément aux directives nationales et protocoles des établissements	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Le prestataire observe les aspects suivants des soins respectueux pour prévenir une aggravation	12.1 Le prestataire prend soin de minimiser les douleurs durant l'examen	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.2 Le prestataire donne des analgésiques si nécessaire	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.





NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
du traumatisme du/de la patient/e	12.3 Le prestataire couvre le corps du/de la patient/e avec une blouse ou un drap autant que possible durant l'examen, de manière à éviter une exposition inutile ou traumatique	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.4 L'établissement donne la possibilité au/à la patient/e de choisir le sexe du prestataire pour l'examen. Si le prestataire du sexe choisi n'est pas disponible, l'établissement propose au/à la patient/e d'avoir un membre du personnel du même sexe présent dans la salle d'examen	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Le prestataire conduit un examen médical des blessures génitales et non génitales	13.1 Le prestataire documente les résultats des examens et traitements médicaux dans le dossier du/de la patient/e de façon exhaustive et détaillée y compris les blessures sur un schéma corporel/ pictogramme / schéma recensant les traumatismes, et une observation et documentation des pétéchies ¹¹ sur le crâne, derrière les oreilles, dans la bouche et dans la sclérotique (VOIR LE TABLEAU RÉCAPITULATIF DU GUIDE DE FACILITATION POUR NOTER CETTE NORME)	I, R  	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13.2 Le prestataire utilise un spéculum seulement si nécessaire et seulement si le prestataire a été formé à son utilisation. Demander: Quand utiliseriez-vous un spéculum?	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹¹ Points rouges ou violets sur la peau causés par les saignements




Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<p>Demander: Y a-t-il des conditions dans lesquelles l'utilisation du spéculum pourrait s'avérer inadaptée?</p> <p>EXEMPLES DE CONDITIONS INADAPTÉES POUR L'UTILISATION DU SPÉCULUM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les enfants à moins qu'il y ait suspicion de blessure vaginale ou d'hémorragie interne • Si non indiqué cliniquement • Si le/la patient/e refuse • Si le prestataire n'a pas été formé à l'utilisation du spéculum • Si la patiente est enceinte de plus de 20 semaines et souffre d'hémorragie (cela pouvant causer des saignements accrus, à moins qu'un examen ne soit conduit par un prestataire formé à la prise en charge des complications liées à la grossesse) 				
14. Pour les survivantes d'agression sexuelle, le prestataire offre une contraception d'urgence	14.1 Le prestataire offre une contraception d'urgence (CU) dans les 5 jours (120 heures) suivant l'agression, conformément aux directives nationales	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>14.2 Si la CU orale n'est pas disponible et le cas échéant, un prestataire formé propose d'insérer un dispositif intrautérin en cuivre (DIU au cuivre) seulement si le/la patient/e souhaite une prévention d'une grossesse en cours</p> <p>Demander: Si la contraception d'urgence orale n'est pas disponible, proposeriez-vous de leur poser un DIU au cuivre?</p>	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	Question 1: (DEMANDER SI LE PRESTATAIRE RÉPOND OUI À LA QUESTION) Avez-vous été formé/e pour poser un DIU au cuivre?				
	QUESTION 2: (DEMANDER SI LE PRESTATAIRE RÉPOND OUI) Confirmeriez-vous d'abord si le/la patient/e souhaite bénéficier d'une prévention de la grossesse avant de poser un DIU au cuivre?				
	14.3 Si le DIU au cuivre est choisi, un prestataire formé à l'insertion du DIU au cuivre le pose dans les 120 heures (5 jours) suivant l'agression sexuelle	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14.4 Si le/la patient décline la CU, le prestataire indique que la CU est moins efficace au fil du temps, et insiste sur l'importance de retourner à l'établissement pour les tests et le suivi par rapport à la grossesse	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Le prestataire prodigue des conseils et des tests de dépistage du VIH, et la prophylaxie post-exposition (PPE) dans les 72 heures, aux survivant/es d'agression sexuelle	15.1 Pour les survivant/es d'agression sexuelle, le prestataire prodigue des conseils et tests de dépistage du VIH conformément aux directives nationales	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.2 Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est négatif et l'agression est survenue au cours des dernières 72 heures, le prestataire évoque les divers facteurs de risque d'infection par le VIH avec le/la patient/e pour déterminer si le/la patient/e a besoin de PPE Demander: Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est négatif, discuteriez-vous	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.








NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<p>davantage du risque d'infection? Quelles questions poseriez-vous?</p> <p>(NOTER « OUI » POUR CETTE NORME SI LE PRESTATAIRE CITE 2 OU PLUSIEURS DES EXEMPLES FIGURANT CI-DESSOUS À PROPOS DES FACTEURS DE RISQUE DE CONTRACTER LE VIH)</p> <ul style="list-style-type: none"> La nature de l'agression (quels orifices ont été pénétrés, s'il y a eu une lésion anale ou génitale, etc.) Statut VIH de l'auteur des faits si connu Nombre d'auteurs des faits Prévalence du VIH dans la zone géographique 				
	15.3 Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est négatif ET l'agression sexuelle est survenue au cours des 72 dernières heures, le prestataire propose un traitement de 28 jours de PPE dans le cadre d'un schéma thérapeutique de deux ou trois médicaments, ou conformément aux directives nationales (c'est-à-dire le prestataire donne la posologie complète pour que le/la patient/e ne soit pas obligé/e de revenir pour une autre visite)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.4 Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est négatif, le prestataire donne la posologie de la PPE pédiatrique adaptée conformément aux directives nationales	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.5 Si la PPE est administrée, le prestataire donne des conseils sur les effets secondaires, l'importance de l'adhésion, et l'importance du traitement pour veiller à	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.






NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	ce que le PPE réduise efficacement le risque d'infection par le VIH				
	<p>15.6 Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est positif et il/elle souhaite révéler son statut à son/sa partenaire ou aux membres de sa famille, le prestataire évalue les éventuels faits de violence commis par un/e partenaire intime et offre des conseils adaptés pour éviter la violence liée à la divulgation des faits, sans faire pression sur le/la patient/e pour les révéler</p> <p>Demander: Si le résultat du test de dépistage du VIH du/de la patient/e est positif et il/elle veut révéler son statut à son/sa partenaire, que diriez-vous et que feriez-vous, le cas échéant?</p>	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.7 Si le/la patient/e refuse un test de dépistage du VIH et son statut VIH est inconnu, et l'agression est survenue au cours des 72 dernières heures, le prestataire propose malgré tout la PPE et encourage le/la patient/e à revenir pour des conseils et des tests de dépistage du VIH ¹²	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Le prestataire offre des médicaments et/ou des vaccins adaptés pour la prévention et le traitement	16.1 Le prestataire offre une prophylaxie ou un traitement pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et le choix des médicaments ou de traitements est conforme aux directives nationales	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹² « Dans les situations d'urgence où les conseils et tests de dépistage du VIH ne sont pas disponibles alors le risque potentiel d'infection par le VIH est élevé, ou si la personne exposée refuse le test, la prophylaxie post-exposition doit être initiée et le test et les conseils relatifs au VIH doivent avoir lieu dès que possible. » (OMS 2014, Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV, p.18 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf?ua=1&ua=1)





Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
d'autres infections sexuellement transmissibles	16.2 Le prestataire administre un vaccin contre le tétanos si le/la patient/e n'en a pas eu au cours des dix dernières années, ou n'est pas sûr/e d'en avoir eu	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Les prestataires prodiguent des soins de santé mentale aux patient/es	17.1 Le prestataire prodigue des conseils de base y compris l'écoute active, l'empathie, le réconfort et l'identification du soutien social	I  	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V. SYSTÈME DE TRANSFERT VERS D'AUTRES SERVICES/ÉTABLISSEMENTS ET DE SUIVI DES PATIENT/ES					
18. L'établissement dispose d'un système de transfert vers d'autres services/établissements pour veiller à ce que le/la patient/e soit mis/e en relation avec tous les services adaptés	<p>18.1 Le prestataire informe le/la patient/e des services disponibles et procède à des transferts par écrit vers les services suivants le cas échéant et si le/la patient/e le souhaite (y compris les services communautaires): Demander: Si un/e patient/e survivant/e de VBG a besoin de soutien, que pouvez-vous offrir dans votre établissement et quels types de transferts offrez-vous?</p> <p>Parmi les exemples on peut citer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La police/les forces de l'ordre • L'hébergement d'urgence • Les conseils juridiques • Le soutien psychosocial à long-terme (conseils individuels, groupe de soutien, thérapie cognitive de groupe, etc.) • Les services de protection infantile (si nécessaire ou lorsque requis par la loi) • L'autonomisation économique/services • Les services de subsistance en cas de viol ou d'inceste (conformément aux lois applicables dans le pays) 	I, R    	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi médical (si nécessaire ou indiqué) 				
	18.2 Si l'établissement n'a pas de laboratoire en fonctionnement, le prestataire propose le transfert vers un laboratoire proche (pour les tests sanguins et les tests de grossesse, etc.) (SI L'ÉTABLISSEMENT NE DISPOSE PAS DE LABORATOIRE, NOTER « N/A » DANS LES COMMENTAIRES ET NE PAS NOTER CE CRITÈRE)	D, I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18.3 L'établissement dispose d'un système pour documenter les transferts par la confirmation avec l'établissement d'accueil, le patient, la carte de transfert ou d'autres méthodes	D, I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18.4 L'établissement informe les parties prenantes (police, organisations communautaires, etc.) sur les services liés à la VBG qui sont disponibles dans l'établissement, et les heures de fonctionnement. L'établissement indique clairement que tous les survivants sont les bienvenus, et que le recours aux soins liés à la VBG ne signifie pas que le survivant/e devra entamer des poursuites légales	D, I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Le prestataire offre des services de suivi au/à la patient/e	19.1 Le prestataire donne autant d'informations que possible et procède à tous les transferts nécessaires du/de la patient/e lors de la visite initiale, au cas où le/la patient/e ne reviendrait pas pour le suivi	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	19.2 L'établissement dispose d'un système de suivi des patients	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	19.3 Le prestataire ou l'équipe de suivi surveillent l'état clinique et le traitement du/de la patient/e y compris les tests de dépistage du VIH et de grossesse, et ils conseillent et apportent un soutien au fil du temps	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	19.4 Le prestataire demande au/à la patient/e s'il/si elle accepte un suivi par téléphone ou par SMS, et note un numéro auquel un/e patient/e peut être contacté/e en toute sécurité et confidentialité	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	19.4 L'établissement fournit un budget, un crédit téléphonique ou un crédit pour téléphone portable pour des appels ou des SMS de suivi aux patients qui acceptent d'être contactés de cette façon	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VI. FORMATION ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ					
20. Tous les prestataires qui dispensent des soins liés à la VBG ont suivi une formation adaptée à leurs rôles et responsabilités dans les soins des patients	20.1 Les prestataires reçoivent une formation ¹³ (idéalement dans l'établissement ou sur le site) correspondant à leurs rôles et responsabilités. La formation doit inclure la plupart des éléments suivants: ¹⁴ <ul style="list-style-type: none">• Admission de patient• Obtention du consentement éclairé pour les soins post-violence	I, R ¹⁵ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹³ La formation peut avoir lieu avant et durant le travail




¹⁴ Noter quels éléments faisaient défaut aux formations

¹⁵ Il peut être demandé aux prestataires de montrer des certificats, des manuels, des programmes, des fiches de présence, des lettres d'invitation, ou toute note et contenu issu de la formation



Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Appui de première ligne par le biais de LIVES (Écouter, s'Informer, Valider, Améliorer la sécurité et le soutien par le biais de transferts). • Préserver la vie privée des patient/es et la confidentialité • Comment garantir la sécurité des patient/es, les prestataires et le personnel • Comment documenter les antécédents médicaux et remplir les formulaires • Évaluer, documenter et traiter les blessures génitales et non-génitales • Empêcher de revivre le traumatisme durant l'examen • Assurer les tests et prescrire les traitements pour la CU, le PPE et la prophylaxie des IST pour les adultes et les enfants • Dépistage et conseils en matière de VIH • Examen et traitement des enfants et adolescents • Rapports exigés et autres politiques concernant les enfants et les adolescents • Procéder à des transferts vers d'autres services/établissements • Formulaires, politiques et protocoles nationaux, notamment le signalement obligatoire, le cas échéant • Types, causes profondes et conséquences de la VBG notamment les signes/symptômes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) • Se pencher sur la question des attitudes et des valeurs du prestataire 				



Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention du traumatisme secondaire chez les prestataires • S'attaquer à la stigmatisation et à la non-discrimination • Comment poser des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime, de façon sensible et sans juger • Entretiens de routine si les établissements remplissent les conditions minimales énumérées dans la norme 4 • Conseils de base en matière de santé mentale 				
21. L'établissement dispose de systèmes pour veiller à l'amélioration continue de la qualité des services de soins post-VBG	21.1 L'établissement dispose d'un plan de supervision qui aboutit à l'observation directe d'au moins une interaction patient/e-prestataire par an pour chaque prestataire offrant des soins liés à la VBG	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	21.2 Les prestataires obtiennent des commentaires verbaux ou écrits de la part d'un superviseur après chaque interaction patient/e-prestataire observée directement	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	21.3 L'établissement a au moins un mécanisme de feedback pour les patients pour signaler anonymement leur niveau de satisfaction ou tout grief concernant les services, notamment toute violation de leurs droits (par ex., les enquêtes de satisfaction des clients, le forum de feedback communautaire, les boîtes de suggestion, le médiateur/trice ou l'assistance téléphonique)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	21.4 L'établissement veille à ce que tout le personnel assurant les soins liés à la VBG acquière les	I, R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<p>compétences par le biais d'un plan de renforcement des capacités avec le développement de compétences ciblées, les réunions d'équipes régulières, et d'autres activités, et fait en sorte qu'il soit soutenu pour la facette personnelle de ce travail</p> <p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les simulations d'entretien visant à stimuler les interactions avec les patients et feedback concernant la communication et la sécurité des patients, • Sessions d'examen des cas dirigées par les pairs • Les réunions de supervision mensuelles pour évoquer les cas difficiles, traiter tous les traumatismes secondaires subis par les prestataires, et recevoir un feedback supervisé sur l'éventail des services fournis par rapport à la VBG. 				
VII. POLITIQUE ET PRESTATION DE SOINS					
22. L'établissement dispose de protocoles pour prodiguer des soins post-VBG standardisés conformément aux directives nationales ou celles de l'OMS	<p>22.1 L'établissement dispose de directives et de documents qui peuvent être consultés sur le site:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directives nationales relatives à la VBG (si elles existent) • Algorithmes, graphiques et/ou aide-mémoires qui incluent les éléments suivants: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseils post-VBG ▪ Les soins cliniques post-VBG y compris: posologie et prescription de PPE, posologie et prescription de CU, critères des tests de dépistage des IST, prophylaxie et traitement 	<p>I, R</p> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	




Moyens de vérification: **D:** Observation directe, **I:** Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R:** Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Exigences en matière de signalement obligatoire (si existant) 				
	22.2 Les prestataires connaissent et utilisent ces directives et documents	I 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIII. SYSTÈMES DE SIGNALEMENT ET D'INFORMATION					
23. L'établissement dispose de formulaires d'admission, de tableaux ou des registres qui collectent des informations sur l'expérience d'un/e patient/e en matière de VBG et les soins post-VBG dont il/elle bénéficie	<p>23.1 Le prestataire collecte et documente les informations suivantes sur l'expérience du/de la patient/e concernant les soins post-VBG dont il/elle a bénéficié, le cas échéant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexe de la patiente et de/s l'auteur/s des faits • Âge de la patiente et de/s l'auteur/s des faits • Nombre d'auteurs des faits • Relation de l'/des auteur/s des faits avec le/la patient/e • Heure et date de l'agression/des actes de violence • Heure et date de la consultation • Type d'agression/de violence • Description de l'incident • Pour les agressions sexuelles, lieu de pénétration (vaginale, orale, anale) • Pour les agressions sexuelles, type de pénétration (avec pénis, doigt, objet ou bouche) • Pour les agressions sexuelles où il y a eu pénétration, si un préservatif a été utilisé ou non • Évaluation du risque de grossesse • Évaluation du risque d'infection par le VIH ou des IST 	D, I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> • Historique des rapports sexuels consentis dans les 5 jours suivant l'agression (si les échantillons d'ADN) • Documentation des blessures du/de la patient/e sur un schéma détaillé • Médicaments administrés, offerts, acceptés et/ou déclinés y compris PPE • Collecte des preuves médico-légales ou non • Signes et symptômes actuels de la VBG • Antécédents médicaux pertinents (par ex., blessures préexistantes, agression sexuelle ou physique passée, si la patiente est enceinte à l'heure actuelle, si le statut VIH est connu, si la patiente a subi une mutilation génitale féminine) • Signes vitaux • Orientations vers d'autres services/établissements • Si la discussion sur la planification de la sécurité a eu lieu • De quel endroit où un/e patient/e a été orienté/e (le cas échéant) • Si le/la patient/e est revenu/e pour des soins de suivi liés à la VBG, et les services dispensés durant la visite de suivi 				
	23.2 Le prestataire remplit les dossiers et formulaires médicaux avec toutes les informations pertinentes (VOIR LE TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR LES INSTRUCTIONS RELATIVES À LA NOTATION)	R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Les données relatives à la VBG sont collectées et	24.1 Les données relatives à la VBG sont ventilées par sexe (masculin et féminin)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observation directe, **I**: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, **R**: Examen c documents, etc.

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
analysées pour comprendre les tendances, améliorer les services et les systèmes de santé	24.2 Les données relatives à la VBG sont ventilées par âge (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-49, 50-59, 60+)	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	24.3 Les données relatives à la VBG sont ventilées par types de violence subie et que l'auteur des faits soit un partenaire intime ou non: <ul style="list-style-type: none"> • violence sexuelle commise par un/e partenaire ou non partenaire • violence physique commise par un/e partenaire ou non partenaire • violence émotionnelle commise par un/e partenaire ou non partenaire 	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	24.4 Les données relatives à la VBG comprennent le nombre de survivant/es qui ont bénéficié de PPE dispensés par l'établissement dans une fenêtre de 72 heures	I, R 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Moyens de vérification: D: Observation directe, I: Entretiens avec les prestataires de services ou les responsables d'établissement, R: Examen des dossiers, directives, documents, etc.



Violence Basée sur le Genre

Outil d'Évaluation de L'Assurance Qualité— La Version des Soins Minimums

Janvier, 2018

Jhpiego
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231
www.jhpiego.org

Vous pouvez telecharger l'outil, le guide de facilitation, la version de soins minimaux et les traductions en français à: resources.jhpiego.org/resources/GBV-QA-tool