

Violence basée sur le genre

GUIDE DE FACILITATION

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



Outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la violence basée sur le genre:

Guide de facilitation

La VBG dans le PEPFAR	10
Pourquoi l'assurance qualité des soins prodigués après des actes de VBG?	10
Adapter l'outil aux contextes nationaux et suivi des directives nationales.....	11
Passer de l'évaluation de l'assurance qualité à l'amélioration continue de la qualité	11
Deux versions de l'outil: soins minimums et complets.....	12
Instructions étape par étape pour appliquer un processus d'AQ	14
Étape 1: Préparer une visite d'AQ	14
Étape 2: Identifier et orienter une équipe d'AQ dans l'établissement	16
Étape 3: Veiller au respect la vie privée et de la confidentialité durant la visite.....	16
Étape 4: Conduire la visite d'AQ.....	17
Étape 5: Réunion de débrief de la visite du site	20
Étape 6: Plan d'action post-AQ.....	21
Utilisation de l'outil.....	23
Description de l'outil.....	23
Moyens de vérification	24
Mobilier, équipements, fournitures et produits essentiels.....	29
Principales considérations	29
Annexe I. Ouvrages cités.....	36
Annexe II. Modèles de formulaires.....	39
Annexe III. Accord de confidentialité	41
Annexe IV. Scénario de l'évaluation de l'AQ d'un site lié à la VBG	42
Annexe V. Modèle de plan d'action.....	44
Annexe VI. Formulaire de notation.....	46
Annexe VII. Tableau récapitulatif.....	52

Remerciements

Cet outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la VBG énumère les normes fondées sur des données factuelles pour les soins de haute qualité prodigués suite à la 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 [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 [*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. Joya Banerjee (Jhpiego) et Hayley Stolzle ont dirigé l'élaboration de l'Outil d'évaluation de l'AQ des services liés à la VBG. La création de l'outil et de son guide de facilitation ont été possibles grâce aux contributions de personnes issues de plusieurs organisations et aux collaborations entre différentes agences.

Nous remercions particulièrement le personnel du Groupe de travail technique sur le genre et les adolescentes (GTWG) du PEPFAR, du CDC, de l'USAID, de Jhpiego, de l'OMS, l'International Association of Forensic Nurses, d'Engenderhealth, entre autres qui ont participé à la conception de ce document grâce à leur lecture attentive et leurs suggestions. Parmi les personnes qui ont apporté leur contribution figurent:

Le Gouvernement américain/PEPFAR: Jessie Gleckel, CDC; Jennifer Hogle, CDC; Meagan Cain, CDC; Meghan Duffy, CDC; Sasha Mittal, CDC; Saira Qureshi, CDC et ICPI; Nicole Carter, CDC; Callie Kaplan, CDC; Amelia Peltz, USAID; Emily Reitenauer, USAID; Bonnie Tran, USAID; Josie Lehrer, USAID; Niyati Shah, USAID.

Jhpiego: Myra Betron, Alicia Jaramillo, Ana Baptista, Jennifer Breads, Tracy McClair; Edgar Necochea; Kusum Thapa, Tara Pokras

OMS: Claudia García-Moreno

International Association of Forensic Nurses: Kim Day et Jen Pierce-Weeks

Autre: Fabio Verani, IRC

Glossaire

La **biosécurité** fait référence aux principes de confinement, aux technologies et aux pratiques qui sont appliqués afin d'empêcher l'exposition involontaire aux pathogènes et aux toxines, ou leur libération accidentelle.

L'enquête clinique/recherche de cas consiste à interroger des patient/es qui révèlent avoir subi des actes de violence ou des patient/es qui présentent des signes et symptômes de violence commise par un partenaire intime. Elle doit être menée quelles que soient les conditions des services de prise en charge de la violence exercée par un partenaire intime afin de dispenser les soins appropriés à temps.

La **chaîne de contrôle** est une documentation chronologique formelle du contrôle et de la possession des preuves. Elle permet d'établir l'intégrité de la collecte des preuves auprès d'un tribunal.

La **confidentialité** consiste à respecter le caractère privé des informations concernant un individu, y compris mais pas seulement à propos des éléments d'identification et des problèmes de santé d'un individu, à moins qu'il/elle n'autorise pas leur divulgation.

L'**appui de première ligne** fait référence aux soins immédiats prodigués à un/e survivant/e de VBG suite au premier contact avec les établissements de santé et le système de justice pénale. L'OMS définit « l'appui de première ligne » en s'appuyant sur le sigle « **LIVES** » : Écouter, Interroger, Valider, Assurer la sécurité et le Soutien par le biais de transferts vers d'autres services/établissements.

Les **preuves médico-légales** comprennent des éléments tels que le sang, le sperme, l'AND, les poils, les empreintes digitales, les fibres, etc. obtenus grâce à des méthodes scientifiques comme la balistique, les tests sanguins, les tests d'ADN utilisés dans un tribunal.

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. La VBG comprend mais ne se limite pas à :

- **La violence d'un partenaire intime** : comportement d'un partenaire intime qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression

physique, la contrainte sexuelle, les abus psychologiques et les conduites autoritaires. Cette définition englobe la violence commise par les conjoints actuels et passés et d'autres partenaires intimes. Parmi les autres termes utilisés pour faire référence à la violence d'un partenaire intime figurent la violence domestique, la violence contre les femmes ou les conjointes, et la violence conjugale. La violence dans le cadre des fréquentations fait généralement référence aux relations intimes chez les jeunes, dont la durée et l'intensité peuvent varier et n'implique pas la cohabitation. Dans cet outil, la violence d'un partenaire intime est englobée dans le terme générique de VBG sauf indication contraire.

- Dans cet outil, le viol est défini comme un contact entre le pénis et la vulve ou le pénis et l'anus avec pénétration; le contact entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus; ou la pénétration de l'anus ou des parties génitales d'une autre personne, par une main, un doigt ou un autre objet, aussi minime soit-il. La tentative de commettre un tel acte est dénommée tentative de viol. Le viol d'une personne par deux ou plusieurs personnes est dénommé viol collectif.
- L'agression sexuelle peut inclure le viol mais peut également comprendre le contact sexuel non consenti sans pénétration tel que les attouchements, les baisers ou les caresses.

La violence sexuelle concerne tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte y compris mais pas seulement le domicile et le travail.

Le consentement est la volonté exprimée de participer aux services après qu'un prestataire a expliqué tous les aspects de l'examen ou de l'intervention au/à la patient/e de façon totalement compréhensible pour lui/elle. Pour les jeunes enfants qui sont trop jeunes (c'est-à-dire, plus jeunes que l'âge du consentement prévu par la loi dans leur pays) pour donner leur consentement éclairé (définition ci-dessous), mais suffisamment âgés pour comprendre et accepter de participer aux services, le « consentement » de l'enfant est requis.

Le consentement éclairé est la volonté exprimée de participer et de bénéficier de services après qu'un prestataire a expliqué tous les aspects de l'examen au/à la patient/e de façon totalement compréhensible pour lui/elle. L'âge du consentement varie selon les pays. Il faut particulièrement insister sur la question de la divulgation d'informations à d'autres parties, notamment à la police. Cela est particulièrement important dans les contextes où la loi exige le signalement d'un épisode de violence (et par conséquent les détails de l'examen) à des autorités pertinentes. Il est essentiel que les patients et les parents/personnes qui prennent soin des individus concernés comprennent les options qui s'offrent à eux et qu'on leur communique

suffisamment d'informations pour leur permettre de prendre des décisions informées concernant leurs soins.

Partenaire intime: un mari, une épouse, un/e concubin/e, un/e petit/e ami/e ou un amant, une maîtresse, ou une ex-mari, une ex-épouse, un/e ex-partenaire, un/e ex-petit/e ami/e ou un/e ex-amant/maîtresse.

Les principales populations à risque face au VIH comprennent, mais ne se limitent pas: aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres, aux travailleurs/ses du sexe, aux personnes qui s'injectent des drogues et aux prisonniers.¹ Certaines de ces populations comme par exemple, les personnes transgenres, peuvent également être exposées à un risque élevé de certaines formes de VBG.

Le terme patient/e est utilisé dans cet outil pour englober la victime, le/la survivant/e de VBG et d'autres termes communément utilisés dans le cadre de soins liés à la VBG. Le mot « patient » a été choisi car il est objectif et peut convenir à un contexte clinique, mais il peut également être adapté par rapport aux préférences du pays ou de l'établissement. Lorsqu'un/e patient/e a subi une agression sexuelle, il/elle est dénommé survivant/e d'agression sexuelle.

La protection de la vie privée consiste à échapper toute intrusion ou interruption, sans être vu/e ou entendu/e.

Le terme prestataire fait référence aux agents de santé de tout type (par ex., les médecins, infirmiers/ères, travailleurs/se sociaux/les, sages-femmes, psychologues et assistant/es médicaux/les). Cela s'explique par le fait que nombre et le type de prestataires qui assurent des services liés à la VBG varient selon les établissements et les pays.

Le dépistage est un processus structuré utilisé visant à détecter un trouble ou une maladie. Il convient de le distinguer de l'enquête clinique/la recherche de cas (voir ci-dessus) car le prestataire pose des questions au/à la patient/e qu'il/elle révèle des cas de violence ou non, ou qu'il/elle présente des signes et des symptômes de violence commise par un/e partenaire ou non. Il existe deux types principaux de dépistage/enquête sur la violence commise par un/e partenaire:

1. Le dépistage/l'enquête de routine pour l'ensemble des patients/es dans un cadre spécifique (par ex., interroger toutes les patientes de soins prénatals ou l'ensemble des patients/es séropositifs/ves.) **Cela ne doit être fait que dans les contextes qui respectent les normes minimales conformément aux directives de l'OMS.² Le fait d'interroger et de**

¹ Les définitions actuelles d'ONUSIDA et du PEPFAR, qui se concentrent sur les populations hautement exposées à l'infection par le VIH, excluent les bisexuels et les lesbiennes; cependant, ces populations sont très exposées aux risques de la VBG et nécessitent des conseils adaptés à leurs besoins. Par conséquent, elles sont prises en compte ici.

² Conditions minimales requises pour poser des questions sur la violence exercée par un partenaire intime (OMS 2013):

ne pas offrir de 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.

2. Le dépistage universel de l'ensemble des patients dans tous les contextes (on le demande 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/e partenaire intime ou qu'il comporte des avantages sanitaires, et il peut surcharger des systèmes de santé déjà surmenés.

Dans cet outil, **l'agression sexuelle** (le viol) est définie comme un contact entre le pénis et la vulve ou le pénis et l'anus avec pénétration; le contact entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus; ou la pénétration de l'anus ou des parties génitales d'une autre personne, par une main, un doigt ou un autre objet, aussi minime soit-il.

Le bleu de toluidine est appliqué sur les organes génitaux externes de la femme sur la fosse naviculaire et il peut également être utilisé dans les cas d'agressions par voie anale—une simple application et un retrait permettent aux cliniciens de mettre en évidence et de documenter un microtraumatisme qui n'aurait pas pu être constaté sans cela.

-
- Un protocole ou mode opératoire standardisé existe pour dispenser des services post-VBG
 - Un questionnaire avec des questions standards permettant aux prestataires de documenter les réponses, est disponible
 - Les prestataires offrent un appui de première ligne
 - Les prestataires ont suivi une formation sur la manière de poser des questions sur la violence exercée par un partenaire intime ou sur la violence sexuelle
 - Structure privée, confidentialité garantie
 - Un système d'orientation ou de mise en relation avec d'autres services de l'établissement est en place

Introduction

L'outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la violence basée sur le genre (Outil d'AQ sur les services VBG) est destiné aux prestataires, aux responsables d'établissements et aux planificateurs de programme pour évaluer, améliorer et garantir la qualité des soins suite à des actes de VBG. Il s'inscrit dans la lignée des directives et des considérations d'ordre technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le Sida [President's Emergency Plan for AIDS Relief] (PEPFAR), et de l'Agence des États-Unis pour le développement international [US Agency for International Development] (USAID), et il peut être utilisé pour commencer à prodiguer des soins post-VBG, mais aussi pour évaluer les soins post-VBG. Il a été conçu avec le soutien et les outils de nombreuses organisations partenaires, et il peut être utilisé par n'importe quel partenaire ou gouvernement pour améliorer les soins post-VBG.

Jhpiego et le Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis [U.S. Centers for Disease Control and Prevention] (CDC) ont élaboré cet outil avec le soutien de PEPFAR en 2015-2017. Le PEPFAR a également soutenu une version préliminaire que le bureau de Jhpiego au Mozambique avait conçue en partenariat avec le ministère de la Santé (MS) et qui a été adoptée à l'échelle nationale. Jhpiego et le CDC ont adapté et élargi l'utilisation l'outil au niveau mondial, en s'appuyant sur le processus suivant:




- L'étude de plus de 20 directives et outils mondiaux et nationaux en vue de la prestation de services post-VBG.³
- L'examen par des experts internationaux en matière de VBG qui a guidé l'adaptation. Les organisations qui ont participé à ce processus sont l'OMS, l'USAID, le Département d'État américain, l'International Association of Forensic Nurses, le Medical Research Council South Africa [Conseil de recherche médicale de l'Afrique du Sud], PSI, l'École de Soins Infirmiers et l'École de Santé Publique de l'université Johns Hopkins.

Test sur le terrain - L'outil a été testé de manière informelle au Rwanda et en Haïti en 2016, et il a été testé de façon formelle sur le terrain (y compris la soumission d'un protocole de recherche au Comité IRB local et au MS) et il a été validé en Ouganda en 2017. Après le test conduit sur le terrain à Haïti, Jhpiego a créé une « version minimale des soins » pour les milieux démunis où les services liés à la VBG sont dispensés dans des établissements dont les conditions de travail sont rudimentaires et ne peuvent pas faire l'objet de comparaisons équitables avec des établissements dotés de ressources suffisantes.

Les versions complètes et minimales des soins de l'outil et du guide seront toutes les deux disponibles en français.

³ Voir les travaux cités dans l'Annexe I en page 31

L'Outil d'évaluation de l'AQ des services liés à la VBG couvre 28 normes dans les domaines suivants des soins post-VBG. La version minimale des soins couvre 24 normes (voir les précisions ci-dessous).

Rubrique	Nbre de la norme
I. Disponibilité et pertinence des services	1
II. Préparation des établissements et infrastructures	2
III. Identification des patient/es qui ont subi la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle	3
IV. Soins cliniques et communication axés sur les patients	11
V.  Examens médico-légaux et gestion des preuves	2
VI. Système de transfert vers d'autres services/établissements et de suivi des patient/es	2
VII. Formation et amélioration de la qualité	2
VIII. Politique et prestation de soins	1
IX.  Sensibilisation	1
X. Systèmes de signalement et d'informations ()	3
TOTAL	28 ⁴

L'outil d'évaluation de l'AQ des services liés à la VBG a pour but de veiller à ce que les soins post-VBG soient accessibles et disponibles; que les infrastructures, les équipements et les services essentiels soient en place; que les prestataires assurent des soins respectueux, de haute qualité, adaptés et en temps opportun, que les politiques et procédures pertinentes soient suivies; et que le personnel dispose de la formation et des compétences adaptées pour prodiguer des soins.

Le processus d'application de l'outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la VBG compte **cinq objectifs principaux**:

⁴ La version minimale des soins ne contient que 24 normes. Elle n'inclut ni les rubriques consacrées aux examens médico-légaux ou à la sensibilisation, ni une norme figurant dans les systèmes de signalement et d'informations à propos des systèmes d'évaluation pour l'analyse des données sur la VBG.

1. Établir des normes de prestations de service pour les soins cliniques post-VBG conformément aux meilleures pratiques cliniques.
2. Fournir un moyen de mesurer la qualité des soins post-VBG dans des milieux cliniques avec un outil standard par le biais de l'assurance qualité **externe** (c'est-à-dire à travers les visites du personnel de supervision, le personnel de la mission PEPFAR, les partenaires d'exécution, le personnel du ministère de la Santé, les responsables de district sanitaire) et l'assurance qualité **interne** (c'est-à-dire l'amélioration continue de la qualité par l'établissement lui-même).
3. Identifier les principales lacunes et difficultés en matière de prestation de services.
4. Créer des plans d'action pour améliorer les lacunes et les difficultés identifiées dans le cadre de la prestation de services.
5. Reconnaître et récompenser le respect des normes par le partage des données sur les progrès accomplis et la célébration des succès avec les établissements, les parties prenantes et les partenaires clés, et la communauté internationale qui œuvrent pour la prévention et la lutte contre la VBG. Cela peut être fait, par exemple, par le MS qui organise un événement ou une visite de site effectuée par un haut-représentant afin de mettre en évidence les succès de l'établissement, ou par le biais d'une célébration dans l'établissement organisée par les prestataires eux-mêmes.

La VBG dans le PEPFAR

La prévention et la lutte contre la VBG à travers la prévention du VIH, les plateformes de soins et de traitement sont une priorité du PEPFAR. La VBG peut accroître le risque de transmission du VIH par le biais du viol marital; l'agression sexuelle ou le viol; la violence sexuelle contre les enfants et les adolescents; le mariage des enfants; et la violence commise par les client/es à l'encontre des travailleurs/ses du sexe, et potentiellement la mutilation génitale féminine. Compte tenu du recoupement de ces deux problèmes de santé et de leurs facteurs de risque, la prévention du VIH n'est possible que grâce aux efforts visant à prévenir et lutter contre la VBG également. Les indicateurs de Suivi, d'Évaluation, de Rapports [en anglais, Monitoring, Evaluation et Reporting] (MER), du PEPFAR comprennent un indicateur obligatoire pour documenter le nombre de personnes qui bénéficient du dispositif minimal de soins post-violence, conformes aux directives de l'OMS (OMS 2013), dans un établissement soutenu par le PEPFAR. La prévention de la VBG est également fondamentale, et les programmes du PEPFAR sont incités à inclure des programmations de prévention de la VBG fondées sur des données factuelles, dans leurs portefeuilles. Le PEPFAR a soutenu l'élaboration de cet outil pour veiller à ce que les services de santé post-VBG soient standardisés, de haute qualité et accessibles.

Pourquoi l'assurance qualité des soins prodigués après des actes de VBG?

Plusieurs directives et recommandations présentant les services qui devraient être prodigués aux survivant/es de VBG dans un contexte clinique, figurent dans l'Annexe I - Ouvrages cités. Cependant, il n'existe pas à ce jour, un ensemble complet de normes pour évaluer la qualité des soins post-VBG dans les milieux cliniques. Les efforts visant à dispenser des soins post-VBG ne peuvent se limiter à vérifier l'existence des services, ils doivent aussi veiller à ce qu'ils soient de haute qualité. Le fait de veiller à ce que les services soient de haute qualité accroît la probabilité que ceux/celles qui ont recours aux services se sentent soutenus par les prestataires de soins, qu'ils/elles en parlent positivement et les recommandent aux autres, en les aidant à augmenter la demande de services qui sont systématiquement sous-utilisés.

Adapter l'outil aux contextes nationaux et suivi des directives nationales

Bon nombre de gouvernements ont déjà élaboré des directives nationales et divers outils en vue de la prestation de soins post-VBG en milieu clinique, certaines sont référencées dans l'Annexe I - Ouvrages cités. Cet outil a pour but de compléter et de s'appuyer sur ces efforts et il ne doit pas déroger aux lois ou directives nationales. **En fait, des normes spécifiques de l'outil devront être adaptées pour être en conformes à la législation nationale.** Par exemple, les politiques des pays peuvent varier concernant le type de contraception d'urgence (CU) à administrer. Avant d'utiliser cet outil, il faut examiner toutes les directives nationales et adapter l'outil pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de conflits ou de contradictions. Si des disparités sont identifiées, cela permet de travailler avec les dirigeants nationaux, locaux et les responsables des établissements pour revoir la politique afin de veiller à ce qu'elle reflète les normes fondées sur des données factuelles et les meilleures pratiques en matière de soins de haute qualité et faire en sorte qu'elle réponde aux besoins des survivant/es de la VBG. En cas d'absence de directives nationales et si des indications complémentaires s'avèrent nécessaires, veuillez vous référer à l'Annexe I - Ouvrages cités pour des lignes directrices internationales en matière de meilleures pratiques.

Passer de l'évaluation de l'assurance qualité à l'amélioration continue de la qualité

Mis à part les évaluations externes, cet outil peut également être utilisé de façon indépendante par les prestataires et les établissements, sans qu'un soutien extérieur ne soit nécessaire. À cet effet, il convient de présenter le but et la structure de cet outil à ceux qui l'utiliseront, pour adapter l'outil aux contextes nationaux et aux besoins des établissements, et faciliter l'adhésion à son utilisation. Cela peut être fait lors d'un atelier avec le personnel du ministère, les prestataires chargés des soins post-VBG, et les responsables/la direction de l'établissement.

Les différents types d'évaluations qui peuvent être conduits en utilisant l'outil adapté incluent:

- **Les évaluations externes** par les personnes extérieures à l'établissement. Ces évaluations sont habituellement menées par les entités centrales/régionales et des districts au sein des ministères de la Santé. Parmi les options d'évaluations externes peuvent figurer:
 - **La supervision de soutien** lorsque le but de la visite est d'identifier les lacunes en termes de performance et de recommander des interventions.
 - **Les évaluations de vérification** lorsque le but de la visite est de confirmer le respect des normes de soins pour constater les progrès accomplis. Les représentants des patient/es et des communautés prises en charge doivent être impliqués dans le processus de manière adaptée. Par exemple, des représentants membres de l'équipe pourraient assurer l'évaluation de l'établissement.
- **Les auto-évaluations** conduites par les prestataires vis-à-vis de leur propre travail. Le prestataire utilise l'outil d'évaluation de la performance comme aide-mémoire pour vérifier s'il/si elle suit les processus recommandés durant la prestation de soins. Ces évaluations peuvent être menées aussi fréquemment que souhaité ou nécessaire.
- **Les évaluations internes** sont appliquées en interne par le personnel de l'établissement. Il peut s'agir:
 - **D'évaluations par les pairs** pour analyser de façon réciproque le travail des prestataires.
 - **D'évaluations de suivi interne** lorsque les responsables et/ou les prestataires utilisent l'outil de manière plus exhaustive pour évaluer périodiquement la qualité des services afin de déterminer s'ils sont en cours d'amélioration, autrement dit, pour vérifier tous trois ou quatre mois, si l'amélioration se poursuit.

À terme, le but de cet outil est de soutenir l'amélioration continue de la qualité en fonction des domaines clés de la prestation de services post-VBG. En conduisant l'amélioration continue de qualité, les établissements de santé feront en sorte que les soins post-VBG soient accessibles et disponibles; que les infrastructures, les équipements et les services essentiels soient en place; que les prestataires assurent des soins respectueux, de haute qualité, adapté et en temps opportun ; que les politiques et procédures pertinentes soient suivies; et que le personnel dispose de la formation et des compétences adaptées pour dispenser des soins.

Deux versions de l'outil: soins minimums et complets

Cet outil peut être utilisé et adapté à un large éventail de contextes. Il a pour but d'inclure le niveau optimal de normes afin d'inciter les prestataires et les établissements faire en sorte que des soins post-VBG de haute qualité soient prodigués. La version complète doit être utilisée pour évaluer la qualité des soins dans des établissements dotés de ressources et spécialisés

dans les soins post-VBG, tels que les centres de soins intégrés où les soins post-VBG sont dispensés à un seul endroit.

Cependant, dans les établissements disposant de ressources humaines et financières limitées, dans les établissements qui commencent à mettre en place leurs services, ou les établissements situés dans des zones marginalisées (milieu rural, bidonvilles urbains, zones de conflit, etc.), il peut être irréaliste d'utiliser la version complète. C'est pourquoi, il existe une version minimale de l'outil qui exclut les critères ambitieux de vérification (**marqués d'un + symbole**).

L'évaluateur/trice doit passer en revue les deux versions et faire preuve de jugement pour choisir la version qui semble être la plus adaptée. Le formulaire de notation peut être utilisé avec les versions complète ou minimale de l'outil.

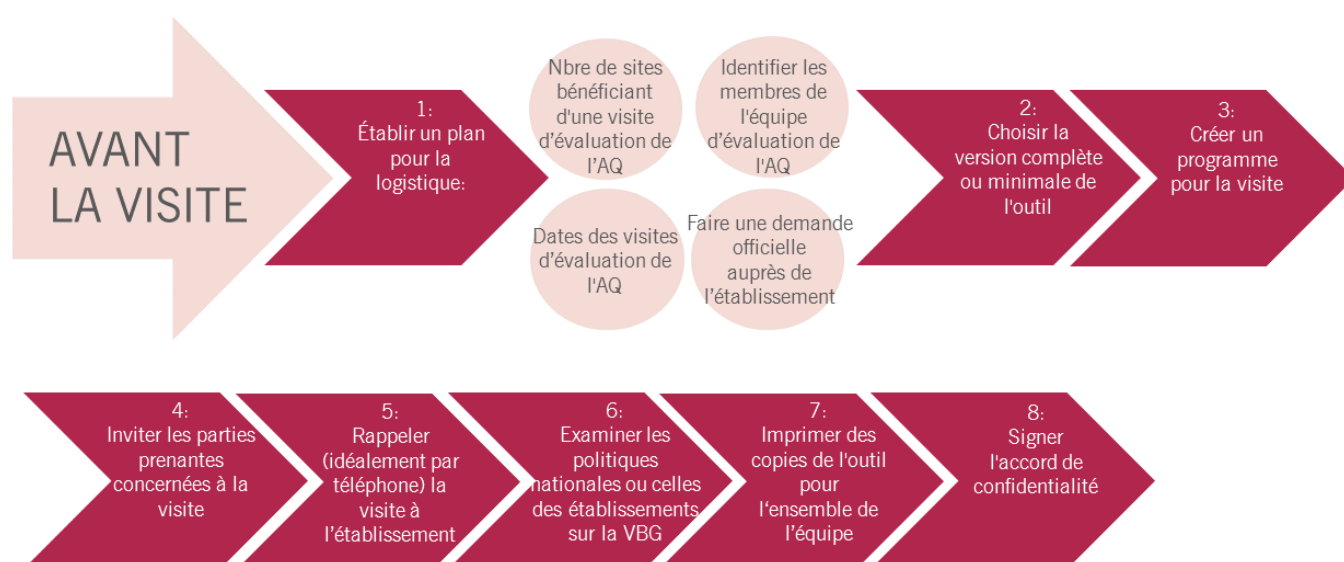
Instructions étape par étape pour appliquer un processus d'AQ

Plusieurs étapes sont nécessaires pour préparer, conduire et répondre aux résultats de l'évaluation externe de l'AQ, qui peuvent aussi être adaptées pour les évaluations *internes* de l'AQ. Les étapes des évaluations externes de l'AQ comprennent:

Étape 1: Préparer une visite d'AQ

Dans cet outil, nous faisons référence à l'utilisateur/trice par le biais du terme d'« évaluateur/trice » qui peut être n'importe quelle personne cherchant à améliorer la qualité des soins post-VBG, comme par exemple, un planificateur de programme, un/e représentant/e de ministère, un prestataire de soins ou responsable d'établissement. Il peut s'agir d'un individu ou d'une équipe d'évaluateurs.

Schéma 1: Avant la visite



En préparation de la première visite d'AQ, les mesures suivantes doivent être appliquées:

1. Si des membres du personnel du siège sont impliqués, les processus d'introduction et de planification doivent être initiés 1-2 mois avant la visite d'AQ prévue. Le personnel et les partenaires compétents doivent participer et aider à préparer et conduire la visite d'AQ. Durant ce processus, l'évaluateur/trice ou l'équipe d'AQ devront prendre quatre décisions majeures pour planifier la logistique:
 - a. le nombre de sites qui bénéficieront d'une visite d'AQ;

- b. les personnes qui feront partie de l'équipe d'AQ;
 - c. Les dates des visites d'AQ, tenant compte du temps de trajet et les 3-4 heures nécessaires à la visite d'AQ avec la Version complète, ou 2-3 heures pour la Version minimale des soins (y compris une brève réunion de présentation avec la direction et le personnel de l'établissement et la réunion de débrief après la visite.
 - d. Utilisation de la version complète ou minimale des soins de l'outil pour l'/les évaluation/s de l'AQ (cela peut varier selon les sites).
2. Le MS ou le partenaire d'exécution externe (par ex., le bailleur de fonds pour les services ou le partenaire impliqué dans l'amélioration de la qualité) prennent contact avec la direction de l'établissement en lui adressant une lettre officielle contenant une description de l'outil et du processus d'AQ, une copie de l'outil, une demande d'espace privé pour discuter durant l'évaluation, et les dates/horaires de la visite d'AQ.
 3. L'évaluateur/trice, le MS et/ou le partenaire crée un programme des visites d'AQ y compris les dates, les horaires et les localisations avec les numéros de téléphone et les emails du point de contact de l'établissement.
 4. L'évaluateur/trice doit convoquer et inviter les parties prenantes concernées afin qu'elles prennent part à la visite d'AQ, par ex., les représentants du MS, le partenaire d'exécution et les équipes régionales et de district de gestion sanitaire.
 5. L'évaluateur/trice, le MS et/ou le partenaire rappellent la date de la visite à la direction de l'établissement (idéalement par téléphone) une semaine à l'avance, en lui demandant de notifier les prestataires de la visite d'AQ et ils s'assurent de leur disponibilité durant la visite.
 6. L'évaluateur/trice doit examiner les éléments suivants, le cas échéant, avant la visite:
 - e. Les politiques ou directives nationales ou des établissements sur la prévention et les soins liés à la VBG, sur les schémas thérapeutiques pertinents pour la prestation de soins post-VBG (par exemple, le VIH, la CU); et les directives relatives à la collecte de preuves médico-légales.
 7. Collaborer avec les partenaires dans le pays et passer en revue les documents ci-dessus pour répondre aux questions suivantes: ⁵
 - f. Quelle est la définition de la VBG dans ce pays? (par ex., dans certains pays, la définition ne couvre que les violences commises par un homme contre une femme, ou l'agression sexuelle fait uniquement référence à la pénétration pénéo-vaginale)

⁵ Ces questions ne sont pas requises pour conduire l'évaluation mais elles peuvent fournir des données utiles pour la lutte contre la VBG à l'échelle nationale.

- g. Quel est l'âge légal du consentement pour avoir des rapports sexuels?
 - h. Quel est l'âge légal du consentement pour les tests de dépistage du VIH?
 - i. Quel est l'âge légal pour bénéficier de contraceptifs d'urgence?
 - j. Le viol marital est-il criminalisé?
 - k. Quelles sont les lois applicables en matière de signalement obligatoire, le cas échéant?
 - l. La loi requiert-elle de signaler des actes de violence à la police avant que les survivant/es puissent bénéficier de soins?
8. Veiller à ce que l'équipe ait suffisamment de copies papier de l'outil (y compris des copies supplémentaires à remettre aux prestataires pour une future utilisation) et le formulaire de commentaires pour la visite d'AQ.

Étape 2: Identifier et orienter une équipe d'AQ dans l'établissement

Comme indiqué ci-dessus, une des premières étapes de l'utilisation de cet outil repose sur le travail de l'évaluateur/trice avec l'établissement afin d'identifier une équipe d'AQ pour mettre en œuvre de l'outil et faciliter le processus d'amélioration de la qualité. L'équipe doit être composée de prestataires impliqués dans la prestation de soins post-VBG habituels, comme le médecin, les infirmiers/ères, les psychologues, ou travailleurs/ses sociaux/les qui prodiguent des soins aux survivant/es de VBG. Un officier de police peut répondre à certaines des questions s'il est présent. Nous recommandons également l'implication d'un responsable d'établissement et d'équipes de gestion de district sanitaire au sein de l'équipe, ou en tant que parties prenantes avec lesquelles les résultats sont partagés.

Avant la visite, l'évaluateur/trice doit également insister sur le fait qu'il/elle voudrait rencontrer une **équipe** et pas une personne, étant donné que les établissements peuvent envoyer un prestataire performant au lieu d'un groupe plus représentatif.

L'évaluateur/trice doit conduire la première évaluation en partenariat avec l'équipe d'AQ de l'établissement pour l'orienter sur l'utilisation de l'outil en vue d'évaluations ultérieures qui doivent être conduites par l'équipe d'AQ seule, chaque trimestre ou semestre. Lorsque l'établissement s'améliore et obtient des notes élevées dans les différents domaines, l'équipe pourrait envisager des études moins fréquentes, semestrielles ou annuelles.

Étape 3: Veiller au respect la vie privée et de la confidentialité durant la visite

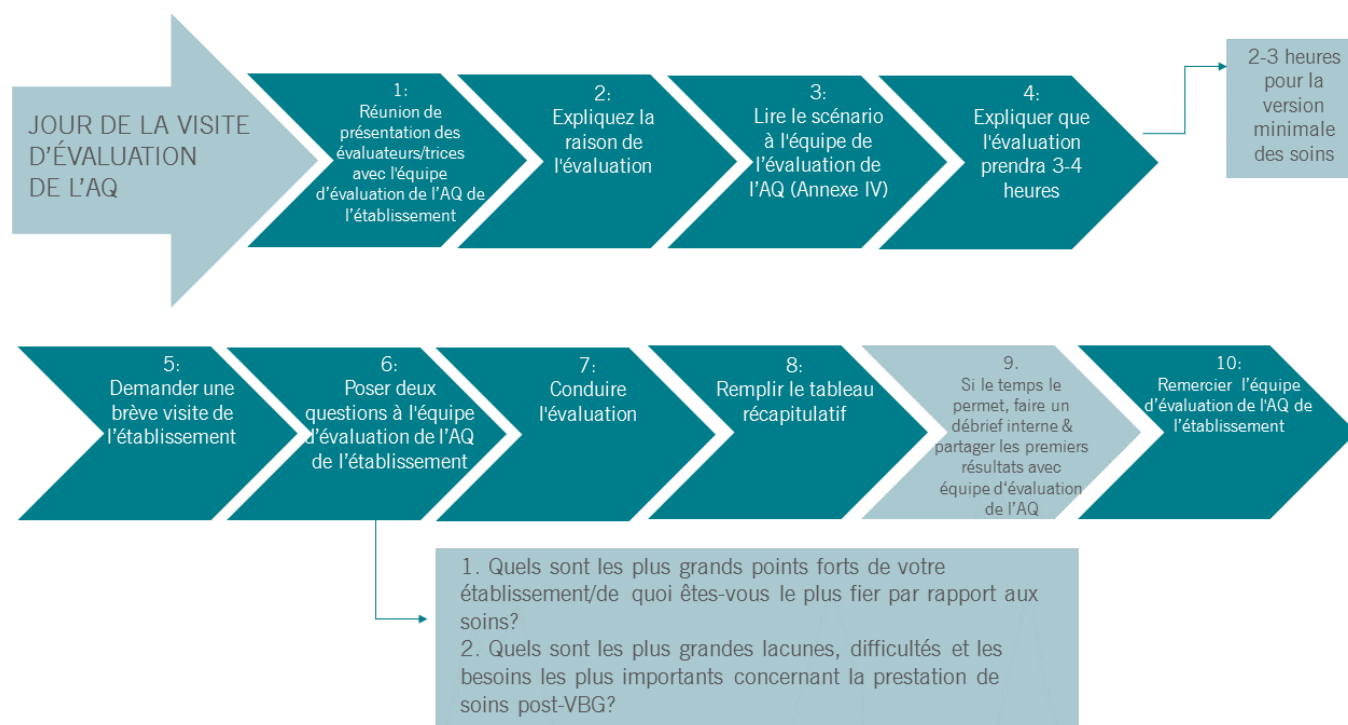
L'équipe d'AQ est responsable pour préserver l'intimité et la confidentialité durant la visite d'AQ. Pour ce faire, il faut appliquer les quatre actions suivantes:

1. Avant la visite, l'équipe d'AQ doit signer l'Accord de confidentialité (voir l'Annexe IV) dont l'objectif est de protéger la confidentialité de tout/e patient/e présent/e durant la visite et toute information concernant les patients figurant dans les tableaux, les dossiers et les registres qui sont passés en revue dans le cadre du processus d'AQ.
2. L'étude de tableaux, de dossiers et de registres doit être menée dans un espace privé où les passants ne seront pas mesure de voir le travail qui est mené.
3. Les évaluateurs/trices doivent obtenir l'autorisation verbale du personnel de l'établissement avant de prendre des photos des tableaux, affiches ou autres informations visuelles, tout en prenant des précautions pour faire en sorte qu'aucune information permettant d'identifier les patients ne puisse être saisie.
4. Les discussions avec les prestataires et le personnel des établissements pouvant porter sur des informations sensibles doivent être menées dans un espace privé, où ceux qui ne participent pas à la conversation ne peuvent pas entendre malgré eux.

Durant l'évaluation—y compris le temps passé pour rejoindre l'établissement, les échanges avec le personnel de l'établissement, et le passage en revue et/ou le fait de photographier des documents et visuels incluant des informations personnelles des patient/es—le personnel d'AQ est tenu de respecter la confidentialité à l'égard des prestataires, du personnel et des patients. De plus, l'équipe d'AQ est chargé de collaborer avec le personnel de l'établissement pour identifier les espaces privés où on ne peut pas entendre les conversations portant sur des informations potentiellement sensibles concernant les soins post-VBG, les responsabilités des prestataires, et/ou les expériences des patient/es. Pour faire en sorte que ces dispositions soient adoptées afin d'utiliser les espaces privés disponibles pour les conversations sensibles et l'examen des tableaux, dossiers et registres, il faut inclure cette demande dans la première lettre adressée à l'établissement (comme précisé dans l'Étape 1, ci-dessus). L'équipe d'AQ doit avoir une ligne de communication ouverte avec le personnel de l'établissement et toujours demander l'autorisation avant de prendre des photos des tableaux, des registres ou d'autres informations visuelles tout en veillant à ce que les informations personnelles ne soient pas incluses par inadvertance.

Étape 4: Conduire la visite d'AQ

Schéma 2: Jour de visite



Le schéma ci-dessus décrit les activités nécessaires à la préparation de la visite sur l'AQ. Il se concentre sur les éléments clés à prendre en considération à l'arrivée dans l'établissement et pendant l'évaluation. La visite sur l'AQ doit toujours commencer par une réunion de présentation avec la direction et le personnel de l'établissement pour leur donner une vue d'ensemble de l'évaluation.

Éléments de l'évaluation de l'AQ:

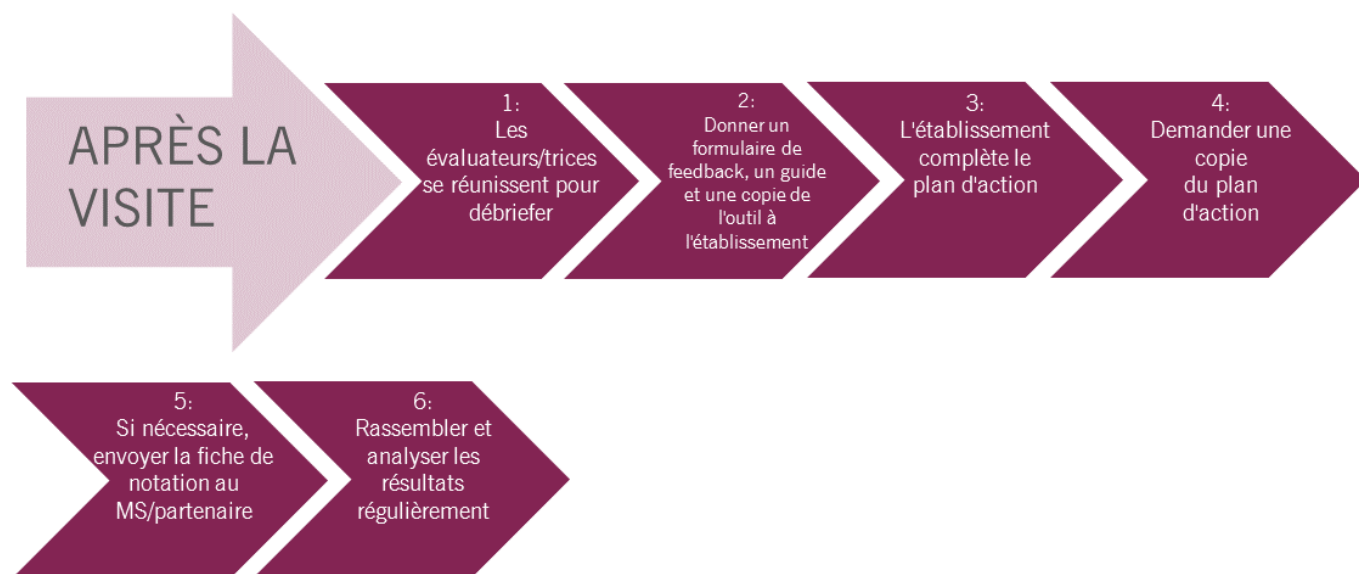
1. Conduire une réunion préliminaire.
2. Présenter les évaluateurs/trices, expliquer les raisons de l'évaluation (en s'appuyant sur les termes utilisés dans l'introduction ci-dessus), et remercier les membres de l'équipe de l'établissement en charge de l'AQ de leur disponibilité et leur participation.
3. Expliquer que la première évaluation de l'AQ peut faire office d'évaluation de référence et ensuite, les évaluations suivantes menées avec le même outil peuvent permettre de mesurer les progrès, guider les décisions managériales et renforcer l'impulsion en faveur du changement. Les avancées et la durabilité des progrès accomplis pour atteindre ces objectifs ont un effet positif pour la motivation de ceux qui sont impliqués dans le processus d'amélioration.
4. Lire le scénario de la visite d'évaluation de l'AQ (Annexe V) aux prestataires de services et à la direction de l'établissement pour faire en sorte qu'ils comprennent le but de la visite (de préférence durant la réunion de présentation, mais quoiqu'il arrive avant les évaluations).

Veiller à signer le formulaire et demander à ce qu'il soit conservé avec les documents officiels de l'évaluation.

5. Expliquer que l'évaluation durera environ 3-4 heures (2-3 pour la Version minimale) et qu'elle inclut la durée de la rencontre avec la direction du site, et, si possible, un débrief pour partager les résultats préliminaires à la fin de la visite.
6. Si le responsable de l'établissement n'a pas mis en place une équipe de prestataires de soins post-VBG, travailler avec lui ou elle pour identifier les membres du personnel qui s'occupent habituellement des soins post-VBG pour qu'ils participent à la visite.
7. Demander une brève visite de l'établissement en tant que personne sollicitant des soins post-VBG. Il est utile de conduire cette visite avant de poser des questions pendant que vous examinez les normes car vous pourrez répondre à plusieurs questions durant cette visite.
8. Penser à poser deux questions à l'équipe de l'établissement en charge de l'AQ pour commencer la conversation dans un premier temps (et veiller à noter les réponses sur la dernière page du Formulaire de notation):
 - a. **Quels sont les plus grands points forts de votre établissement/ de quoi êtes-vous le plus fier par rapport aux soins post-VBG de cet établissement?**
 - b. **Quels sont les plus grandes lacunes, difficultés et les besoins les plus importants concernant la prestation de soins post-VBG?**
9. Conduire l'évaluation en utilisant la version complète ou la version minimale des soins de l'Outil d'AQ sur les VBG pour l'établissement, en se souvenant de:
 - c. Poser des questions de clarification aux personnes en charge de ces domaines si besoin;
 - d. Sonder pour obtenir des informations précises, ne partez pas du principe que vous connaissez les réponses;
 - e. Demander à la personne de montrer les documents, les équipements ou les supports le cas échéant; et
 - f. Être objectif/ve et respectueux/se durant l'évaluation.
10. Utiliser le Tableau récapitulatif (Annexe VIII) pour évaluer quatre dossiers de patients afin de déterminer leur exhaustivité. Mettre une annotation sur le formulaire si certaines rubriques sont incomplètes.
11. Remercier l'équipe de l'établissement en charge de l'AQ de leur disponibilité et leur demander s'ils souhaitent partager autre chose.

Étape 5: Réunion de débrief de la visite du site

Schéma 3: Après la visite



1. Les évaluateurs/trices doivent se réunir si possible, immédiatement après l'évaluation pour débriefer et comparer les notes, et parvenir à un consensus concernant les éléments imprécis. Ils doivent transférer les résultats dans le formulaire de notation et conduire un débrief avec le personnel de l'établissement pour passer en revue les résultats de l'évaluation par section. Le débrief doit mettre en évidence les points forts que les évaluateurs/trices ont observés durant les évaluations.
2. L'évaluateur/trice doit remettre au personnel d'établissement le Formulaire complété et consolidé de notation, le Guide de facilitation, une copie vierge de l'outil (pour des évaluations approfondies conduites de manière indépendante) et une copie vierge du plan d'action.
 - a. Si le temps ne permet pas un débrief complet en utilisant le formulaire de notation consolidé, les évaluateurs/trices doivent conduire un **débrief partiel** et faire des commentaires sur les points forts et les faiblesses. En cas de débrief partiel, les évaluateurs/trices doivent le terminer la veille, et fournir le Formulaire consolidé final de notation, le Guide de facilitation, et une copie vierge de l'outil (qu'ils peuvent utiliser pour de futures évaluations) à l'établissement sous 3 jours.
 - b. Indépendamment du débrief complet ou partiel, les évaluateurs/trices doivent notifier l'établissement de toute préoccupation ou violation éthique majeure observée durant la visite, par exemple, les questions de confidentialité dans le centre médical, ou tout

élément démontrant qu'un membre du personnel ne respecte pas les droits et la dignité du/de la survivant/e.

- c. L'évaluateur/trice doit noter que les questions et les réponses peuvent parfois être difficiles à noter, et que les évaluateurs/trices peuvent avoir tiré des conclusions différentes. Il est important de parvenir à un consensus et de remplir les fiches de notation ensemble, en utilisant les instructions relatives à la notation indiquées ci-dessous.
3. L'établissement doit remplir le plan d'action (voir les directives ci-dessous et un modèle dans l'Annexe VI) afin de remédier aux faiblesses.
 - d. Demander à ce que l'établissement vous communique le plan d'action complété et les résultats de toute évaluation ultérieure utilisant l'outil et qu'il le transmette au MS/partenaire de mise en œuvre.
3. Le cas échéant, envoyer la fiche de notation complétée au MS/partenaire d'exécution.
4. L'évaluateur/trice et/ou l'équipe en charge de l'AQ de l'établissement doivent **régulièrement** (chaque trimestre ou semestre) rassembler et analyser les résultats issus des bilans pour les présenter aux parties prenantes concernées afin de montrer quels établissements réussissent et ceux qui ont besoin de soutien, mais aussi pour partager des tendances dans les domaines clés de l'amélioration de qualité dans les districts ou les régions. Par exemple, l'établissement peut avoir une note faible en matière de communication prestataire-client/e, ce qui indique qu'une formation approfondie est nécessaire dans ce domaine.

Étape 6: Plan d'action post-AQ



5. L'application de l'outil conduira à l'identification des écarts de performance qui doivent être réduits ou éliminés dans le cadre de la prestation des services post-VBG. En fonction des résultats de l'évaluation et des commentaires de l'équipe de l'évaluation, les responsables et prestataires de l'établissement peuvent donc analyser les causes de ces lacunes, et identifier et mettre en œuvre les mesures adaptées pour y remédier. Parmi les lacunes peuvent figurer le manque de connaissances et de compétences, un contexte inadapté (notamment les infrastructures, les ressources et les politiques), et/ou le manque de motivation pour procéder à des changements.
6. Après chaque évaluation de l'AQ, le personnel de l'établissement doit élaborer un plan d'action visant à remédier aux difficultés identifiées durant l'évaluation. Ces plans peuvent être relativement simples et brefs (voir l'Annexe VI: Exemple de plan d'action) et doivent clairement présenter les lacunes et leurs causes à éradiquer, l'intervention spécifique à mener, la/les personne(s) en charge, la date limite de la tâche à mener, et tout soutien potentiellement nécessaire. L'exemple de plan d'action vierge doit être remis à l'équipe/au

personnel de l'établissement chargé de l'AQ pour qu'ils le complètent et l'utilisent. **Les plans d'action doivent être remis à l'évaluateur/trice dans les 2 semaines qui suivent la visite de l'établissement.**

Utilisation de l'outil

Description de l'outil

Cet outil sur l'AQ liée à la VBG a pour but d'établir de façon objective un niveau de performance souhaité et de déterminer ce qui est considéré comme une prestation de soins post-VBG de haute qualité. Cet outil contient des normes qui sont réparties dans différentes rubriques par domaine 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 chaque norme, et ils indiquent ce qui doit être en place pour chaque norme soit considérée comme « respectée ». Les critères de vérification qui sont marqués du symbole  sont considérés comme des mesures ambitieuses en termes de soins de haute qualité. Il existe une **version minimale** de l'outil qui n'inclut pas ces normes ambitieuses car elles sont difficiles à respecter dans les milieux démunis. Les établissements situés dans les milieux à faibles ressources ou ceux qui commencent à mettre en place de nouveaux services doivent être évalués en utilisant la 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 (voir l'Élément 7 de l'Étape 4 ci-dessus). L'évaluateur/trice doit se familiariser avec l'ensemble de l'outil avant de conduire l'évaluation pour identifier les normes qui doivent être observées durant la visite.





Moyens de vérification

Moyen 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 l'éthique.**
- **I:** Entretien avec les prestataires de services ou 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).
- **E:** Examen des dossiers, des directives, des protocoles et documents cliniques et administratifs.

Chaque critère de vérification énumère la liste des personnes à interroger à propos du respect des critères. La plupart des critères de vérification dresse la liste de personnes de l'établissement à qui poser des questions à propos de la vérification. Dans la mesure du possible, les évaluateurs 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 ⁶ 

⁶ 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.

Il peut être difficile de discuter de certaines normes. Pour ces normes, *des répliques avec le langage suggéré sont incluses en italique*. Certaines normes ont 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:

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; pour la version complète de l'outil, cela suppose de respecter tous les critères « ambitieux » en bleu en plus des critères standards.
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 28⁷ (**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.
11. Noter l'ensemble des points forts et des difficultés au bas du Formulaire de notation.

⁷ Diviser par 24 pour la version minimale des soins.

Tableau 2: Exemple partiel d'une norme notée

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	CRITÈRES DE VÉRIFICATION	MOYENS DE VÉRIFICATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les survivant/es de VBG doivent payer les frais d'examen et de laboratoire
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.4 L'établissement supprime ou réduit les tarifs pour les patient/es victimes de VBG Réplique : les patient/es victimes de VBG doivent-ils/elles payer d'autres services ?	I, D 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Dans le tableau 2 ci-dessus,

1. L'évaluateur/trice a interrogé le prestataire qui a déclaré que l'établissement dispensait des soins essentiels liés à la VBG 24 heures par jour, donc la case « OUI » a été cochée pour ce critère de vérification.
2. L'agent chargé de la VBG a déclaré que les survivant/es n'étaient pas tenu/es de signaler l'agression à la police afin de bénéficier de soins, et l'évaluateur a passé en revue le Registre VBG pour veiller à ce qu'aucune colonne ou note n'indique que des soins ont été refusés à un/e survivant/e car les faits n'avaient pas été signalés à la police. La case « OUI » a été cochée pour ce critère de vérification.
3. L'établissement disposait de formulaires médico-légaux et les a montrés à l'évaluateur/trice, donc la case « OUI » est cochée pour cette norme.

4. Les frais n'ont pas été supprimés ou réduits pour les survivant/es de VBG. La case « NON » a été cochée pour ce critère de vérification, et l'évaluateur/trice a noté le commentaire suivant : « les survivant/es de VBG devaient payer la totalité des frais d'examen et de laboratoire. »
5. L'évaluateur/trice a accordé la note de zéro (0) à cette norme car le quatrième critère de vérification n'a pas été respecté.

Mobilier, équipements, fournitures et produits essentiels

Cet encadré contient des informations sur les éléments prioritaires nécessaires pour administrer des soins post-VBG. L'évaluateur/trice doit cocher les cases pour les éléments présents, et noter les éléments manquants dans le Formulaire de notation pour veiller à ce que l'établissement sache qu'il doit se les procurer. Il faut cocher la case OUI pour le critère de vérification 3.5 (« les infrastructures, le mobilier, les équipements, les fournitures, les documents et les produits essentiels sont disponibles ») si tous les éléments de base de l'encadré bleu sans le symbole + sont cochés.

Les éventuelles ruptures de stock (de médicaments ou fournitures) doivent être indiquées sur le Formulaire de notation. En cas de ruptures de stocks, demander aux prestataires d'expliquer pourquoi cela est arrivé (par ex., l'établissement n'a pas passé sa commande à temps, ou la pharmacie centrale n'a pas fait la livraison).

Principales considérations

Cette section propose des orientations sur les meilleures pratiques qui approfondissent l'Outil d'évaluation de l'AQ des services liés à la VBG.

Indications sur la PPE et le dosage de la CU

Pour les normes 14 et 15, si aucune directive ou politique nationale ne précise le type et la posologie de la contraception d'urgence (CU) ou de la prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH, les mesures suivantes sont recommandées par l'OMS (2013) dans les 72 heures pour la PPE, et 120 heures (5 jours) pour la CU. **Auparavant, des directives désormais obsolètes recommandaient la CU dans les 72 heures mais il faut actualiser ce point, bien que l'efficacité de la CU soit plus élevée lorsqu'elle est prise rapidement après l'incident.**

Types et posologie de la contraception d'urgence

- **Une dose unique de lévonorgestrel** (1,5 mg), ou deux doses de lévonorgestrel (de 0,75 mg administrées à 12 heures d'intervalle)
- **Une dose unique d'acétate d'ulipristal** de 30 mg
- **La méthode Yuzpe** repose sur les pilules de contraceptif oral combiné. Les pilules sont prises en deux fois. Chaque dose doit contenir des oestrogènes (100–120 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone (0,50-0,60 mg de lévonorgestrel (LNG) ou 1,0-1,2 mg de norgestrel). La première dose doit être prise dès que possible après un rapport sexuel non protégé (de préférence dans les 72 heures mais au plus tard dans les 120 heures ou 5 jours) et la seconde dose doit être prise 12 heures plus tard. En cas de vomissements dans les 2 heures suivant la prise d'une dose, la dose doit être répétée.

- **Les dispositifs intrautérins au cuivre (DIU/DIU au cuivre)** - L'OMS recommande qu'un DIU au cuivre utilisé comme méthode de contraception d'urgence, soit posé dans les 5 jours suivant des rapports sexuels non protégés. Cette méthode est particulièrement adaptée pour une femme qui souhaite commencer à utiliser une méthode contraceptive efficace, à longue durée d'action et réversible.

Types et posologie de la PPE au VIH⁸

a Adult and Adolescent ARV drug dosages for use in PEP	
Generic name	Dose
Tenofovir (TDF)	300 mg once daily
Lamivudine (3TC)	150 mg twice daily or 300 mg once daily
Emtricitabine (FTC)	200 mg once daily
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg twice daily or 800 mg/200 mg once daily ^a
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	300 mg +100 mg once daily
Raltegravir (RAL)	400 mg twice daily
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg +100 mg once daily or 600 mg +100 mg twice daily
Efavirenz (EFV)	600 mg once daily

b Simplified dosing of child-friendly fixed-dose solid formulations of recommended preferred ARV drugs for post-exposure prophylaxis of HIV for twice-daily dosing among children														
Drug	Strength of tablets (mg)	Number of tablets by weight band morning (AM) and evening (PM)										Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band	
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg			25.0–34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
AZT/3TC	Tablet (dispersible) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150	1	1

a Traitement antirétroviral pour PPE chez adulte et adolescents

Nom générique	Dose
Tenofovir	300 mg une fois par jour
Lamivudine	150 mg deux fois par jour ou 300 mg une fois par jour
Emtricitabine	200 mg une fois par jour
Lopinavir/ritonavir	400 mg/100 mg deux fois par jour ou 800 mg/200 mg une fois par jour
Atazanavir/ritonavir	300 mg + 100 mb une fois par jour
Raltegravir	400 mg deux fois par jour

⁸Tableau de dosage de l'OMS, 2014. Les indications relatives à la prophylaxie post-exposition du VIH et l'utilisation de la prophylaxie co-trimoxazole pour les infections liées au VIH chez les adultes, les adolescents et les enfants. Supplément de décembre 2014 sur les directives consolidées sur les traitements antirétroviraux de 2013. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/ Cette publication n'est pas disponible en français / This publication is not available in French

Darunavir + ritonavir 800 mg + 100 mg une fois par jour ou 600 mg + 100 mg deux fois par jour

Efavirenz 600 mg une fois par jour

^b Posologie simplifiée des formulations de doses fixes et médicaments antirétroviraux adaptés aux enfants pour la prophylaxie post-exposition au VIH pour une posologie à deux prises quotidiennes chez les enfants

Médicaments Dosage des comprimés (mg) Nbre de comprimés par échelle de poids matin et soir

Dosage des comprimés pour adulte Nbre de comprimés par échelle de poids matin et soir

Simplified dosing of child-friendly solid and oral liquid formulations of recommended preferred ARV drugs for post-exposure prophylaxis of HIV for twice-daily dosing among children

Drug	Strength of tablets (mg) or oral liquid (mg/ml)	Number of tablets by weight band, morning (AM) and evening (PM)										Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band	
		3.0–5.9 kg		6.0–9.9 kg		10.0–13.9 kg		14.0–19.9 kg		20.0–24.9 kg			25.0–34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM

Solid formulations

3TC	Tablet (dispersible) 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	150	1	1
AZT	Tablet (dispersible) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300	1	1
LPV/r	Tablet (heat stable) 100 mg/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	100/25	3	3

Liquid formulations

AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	–	–	–	–	–	–	–
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–	–	–
LPV/r*	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	–	–	–

*LPV/r syrup should not be used for premature babies or infants younger than 2 weeks of age. NVP should be used instead at the following dose: 5 ml twice daily (3.0–5.9 kg), 8 ml twice daily (6.0–9.9 kg) and 10 ml twice daily (10.0–13.9 kg) if syrup is available; 1 tablet twice daily (3.0–5.9 kg), 1.5 tablets twice daily (6.0–9.9 kg) and 2 tablets twice daily (10.0–13.9 kg) if dispersible 50-mg tablets are available.

*** Co-trimoxazole dosing for adults and adolescents: the recommended dose of co-trimoxazole is 960 mg daily (800 mg sulfamethoxazole + 160 mg trimethoprim, either as a 960-mg double-strength tablet or two 480-mg single-strength tablets)**

*** Simplified dosing of co-trimoxazole prophylaxis for children**

Drug	Strength of tablet or oral liquid (mg or mg/5 ml)	Number of tablets or ml by weight band once daily					
		3.0–5.9 kg	6.0–9.9 kg	10.0–13.9 kg	14.0–19.9 kg	20.0–24.9 kg	25.0–34.9 kg
Co-trimoxazole	Suspension 200/40 mg per 5 ml	2.5 ml	5 ml	5 ml	10 ml	10 ml	–
	Tablets (dispersible) 100/20 mg	1	2	2	4	4	–
	Tablets (scored) 400/80 mg	–	0.5	0.5	1	1	2
	Tablets (scored) 800/160 mg	–	–	–	0.5	0.5	1

Posologie simplifiée des formulations de doses fixes et médicaments antirétroviraux sous forme liquide adaptés aux enfants pour la prophylaxie post-exposition au VIH pour une posologie à deux prises quotidiennes chez les enfants

Formulations de doses fixes

Formulations liquides

Le sirop LPV/r ne doit pas être utilisé pour les bébés prématurés ou les nourrissons âgés de moins de 2 semaines. Le NVP doit être utilisé en lieu et place : 5 ml deux fois par jour (3.0-5.9 kg), 8 ml deux fois par jour (6.0-9.9 kg) et 10 ml deux fois par jour (10.0-13.9kg) si le sirop est disponible ; 1.5 comprimé deux fois par jour (6.0-9.9 kg et 2 comprimés (10.0-13.9 kg) si des comprimés dispersibles de 50 mg sont disponibles.

Posologie de co-trimoxazole pour adultes et adolescents : la dose recommandée est de 960 mg par jour (800 mg de sulfaméthoxazole + 160 mg de triméthoprim, soit sous forme d'un comprimé de 960 mg ou de deux comprimés de 480 mg)

Posologie simplifiée de co-trimoxazole pour les enfants

Médicaments	Dosage des comprimés or liquide oral (mg ou mg/5 ml)	Nbre de comprimés ou ml par échelle de poids une fois par jour
Co-trimoxazole	Suspension 200/40 mg/5 ml	
	Comprimés (dispersibles) 100/20 mg	
	Comprimés (sécables) 400/80 mg	
	Comprimés (sécables) 800/160 mg	

Directives sur le consentement des enfants et des adolescents

La Norme 10 concerne les enfants et adolescent/es survivant/es. Cependant, l'outil d'AQ n'a pas pour vocation d'être un guide complet pour les soins administrés aux enfants et aux adolescents qui ont subi des actes de violence qui est complexe. Pour des informations plus exhaustives, les prestataires doivent se référer à l'ouvrage du PEPFAR intitulé The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence et les directives de l'OMS sur les soins cliniques pour les enfants et les adolescents qui ont subi de la violence sexuelle (dont la publication est prévue pour novembre 2018). Cet outil d'AQ couvre les éléments fondamentaux de soins pour les mineur/es car une large majorité des survivant/es qui se présentent dans les établissements sont des enfants et des adolescent/es.

Il est important pour le prestataire de santé d'obtenir le consentement du/de la patient/e aux soins. Étant donné que l'âge du consentement pour le dépistage du VIH ou les examens médicaux varie selon les pays, il est impératif que les prestataires connaissent et comprennent les lois nationales relatives au consentement. Si aucune directive nationale n'est disponible, le Tableau 4 ci-dessous peut offrir des conseils pratiques.

Un enfant qui a l'âge du **consentement** (qui varie selon les pays) doit signer ou donner son accord verbal pour tous les traitements, notamment les examens médico-légaux. Si l'enfant n'a pas l'âge de donner son consentement:

- a. Le prestataire de soins doit obtenir le consentement du parent/tuteur légal (reconnaissant que le parent, le tuteur peut également être l'auteur des faits, auquel cas un/e autre accompagnant/e de confiance doit être identifié/e, si possible) ET
- b. Le prestataire de soins doit obtenir l'accord **de l'enfant** pour bénéficier de soins à condition qu'il/elle soit suffisamment âgé/e pour comprendre ce qui se passe. L'enfant ne doit jamais être forcé/e de subir des examens médico-légaux à moins que cela soit nécessaire pour les soins (par exemple, en cas de suspicion d'hémorragie interne).

Les prestataires doivent obtenir les informations suivantes concernant les droits légaux de l'enfant dans la prise de décision:

- La/les personne/s chargée/s d'accorder sa permission (consentement éclairé) pour les soins et le traitement administré à un/e enfant dans le contexte local;
- L'âge auquel l'enfant est capable de donner son consentement aux soins et au traitement dans le contexte local, en toute indépendance;
- Les mécanismes permettant aux tiers de donner leur consentement si les personnes qui s'occupent de l'enfant ou les parents ne sont pas disponibles, ou si une personne qui prend soin de l'enfant ou un parent est suspecté/e d'être l'auteur des faits.

Tableau 4: Directives relatives au consentement éclairé (8)⁹

Groupe d'âge	Enfant	Personne qui s'occupe de l'enfant	Si personne ne s'occupe de l'enfant, si un parent/personne qui s'occupe de l'enfant est l'auteur des faits ou si ce n'est pas dans l'intérêt de l'enfant	Moyens d'obtenir le consentement
0-5	-	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte ou agent de confiance	Consentement oral ou écrit
6-11	Consentement éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte ou agent de confiance	Consentement oral, consentement oral ou écrit
12-14	Consentement éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou de l'enfant. Le niveau de maturité suffisant (de l'enfant) peut prendre le poids qu'il mérite et peut permettre à l'enfant de donner son consentement pour lui-même	Consentement oral, consentement oral ou écrit
15-18	Consentement éclairé	Obtenir le consentement éclairé uniquement avec	Le consentement éclairé et le niveau de maturité suffisant de l'enfant prennent le poids qu'il mérite	Consentement oral ou écrit

⁹Ce tableau est issu de Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, publié par IRC/UNICEF en 2012. Cependant, les moyens ont été actualisés pour tenir compte du contexte dans lequel ces normes sont appliqués et dans lequel il se peut que les patients ou soignants ne soient pas alphabétisés.

		la permission de l'enfant		
--	--	---------------------------	--	--

Directive sur l'admissibilité de l'établissement pour conduire l'entretien sur la VBG

L'OMS a établi des exigences minimales à respecter pour qu'un prestataire puisse mener une enquête clinique sur la VBG:¹⁰

- Un protocole ou des procédures opératoires permanentes existent
- Un questionnaire comportant des questions-types permettant aux prestataires de documenter les réponses existe
- L'établissement peut fournir un appui de première ligne¹¹
- Les prestataires ont suivi une formation sur la manière de poser des questions sur la VBG
- Un cadre privé est mis à disposition et la confidentialité est respectée
- Un système de transfert vers d'autres services/établissements est en place

Si des conditions minimales font défaut, les services liés à la VBG sont considérés comme insuffisants pour le « dépistage » ou l'enquête de routine ou universel/le. Cela s'explique par les ressources et les options de transfert limitées, le fardeau élevé du dépistage de routine ou universel pourrait mettre les prestataires à rude épreuve et causer des difficultés pour les femmes confrontées à des enquêtes répétées (le fait de raconter leurs histoires à maintes reprises) sans qu'aucune mesure ne soit prise. L'OMS reconnaît également que cela « pourrait facilement devenir un exercice consistant à cocher des cases sans réflexion, ou entrepris de façon inefficace...[Dans les milieux où les critères minimums ne sont pas respectés] il est préférable de se concentrer sur le renforcement des capacités des prestataires pour répondre aux besoins de ceux qui révèlent des actes de violence, présentent des signes et des symptômes liés à la violence et sont victimes de graves formes de violence. »¹²


Directives sur la partie relative aux preuves médico-légales de l'outil

La médecine légale est un domaine nouveau pour bon nombre de pays, et il est possible qu'ils manquent de systèmes, de politiques, d'infrastructures et de formations pour conduire les examens médico-légaux et la collecte des preuves. **Pour mener un examen médico-légal**

¹⁰ Dans cet outil, *le dépistage de routine* fait référence au fait d'interroger systématiquement tous les patient/es—qu'ils/elles aient signalé ou non et qu'ils /elles présentent ou non des symptômes de VBG— sur leurs expériences en matière de violence ou d'abus. Cela inclut le dépistage de certains groupes de patients UNIQUEMENT OU TOUS les patients dans les points d'entrée spécifiques (par ex., les soins prénataux, les tests de dépistage et les conseils en matière de VIH).

¹¹ L'OMS définit l'appui de première ligne dont le sigle est « **LIVES** » de la façon suivante : **É**couter, **I**nterroger, **V**alider, **A**ssurer la sécurité, et le **S**outien en aidant à accéder à des services. (OMS, 2015, Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique. p. 13 <http://who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>

¹² OMS 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: Clinical and policy guidelines. p. 18 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>. Seul le résumé de la publication est disponible en français / Only the summary of the publication is available in French

complet, il faut avoir des compétences et une certification spécialisée, notamment pour conduire un certain nombre d'examens sous supervision. Cependant, tous les prestataires, formés ou non, peuvent documenter les preuves médico-légales élémentaires telles que les blessures de manière exhaustive et détaillée pouvant s'avérer utiles pour les poursuites pénales. À partir de la page 23, les normes de cette rubrique relèvent des examens médico-légaux au-delà de la documentation des preuves élémentaires, et seulement des établissements où les prestataires ont suivi une formation sur la médecine légale. Les normes de cette section sont donc toutes considérées comme un objectif et sont marquées du symbole . L'outil d'évaluation de l'AQ des services liés à la VBG contient une liste de critères minimums qui doivent être respectés afin de conduire les examens médico-légaux et la collecte de preuves. Cette liste a été établie grâce à la consultation des experts internationaux en matière de VBG et elle évoluera à mesure que la médecine légale des pays évolue, elle mérite une exploration approfondie:

- Le prestataire a reçu une formation spécifique¹³ sur la médecine légale.
- L'établissement a un système de supervision en fonctionnement pour les prestataires qui inclut un préceptorat pratique immédiatement après la formation.
- Les systèmes médicaux et légaux des pays disposent de directives ou d'un accord qui établit les procédures de coopération.
- Un système est établi pour maintenir la chaîne de contrôle des preuves.

Si l'un des critères n'est pas respecté, le prestataire ne doit pas continuer. Dans le cas contraire, comme pour les difficultés expliquées plus haut concernant l'entretien clinique de routine, cela pourrait causer des traumatismes au/à la patient/e et lui apporter peu voire aucun avantage et aucune garantie que la justice sera rendue. En cas de doute, le principe général doit être que la santé et le bien-être du/de la survivant/e prévalent sur la collecte des données.

¹³ La formation peut avoir lieu avant et durant le travail (au travail)

Annexe I. Ouvrages cités

1. Futures Without Violence & Project Connect, 2013. Addressing Intimate Partner Violence Reproductive and Sexual Coercion: A Guide for Obstetric, Gynecologic, Reproductive Health Care Settings.
<https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Reproductive%20Health%20Guidelines.pdf>
2. Gouvernement du Népal, 2014. Clinical Protocol on Gender-Based Violence.
<http://reprolineplus.org/resources/clinical-protocol-gender-based-violence>
3. Gouvernement de la Zambie, 2013. National Gender-Based Violence and Violence Against Children Multi-Sectoral Training Manual. <https://www.scribd.com/doc/172697578/National-Gender-Based-Violence-and-Violence-Against-Children-Multi-Sectoral-Training-Manual>.
4. Gouvernement de la Zambie, 2013. The National Guidelines for the Multidisciplinary Management of Survivors of Gender Based Violence in Zambia.
5. Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. *Social Science and Medicine*. 2016;153:123-30.
6. Hampanda KM, Nimz AM, Abuogi LL. Barriers to uptake of early infant HIV testing in Zambia: the role of intimate partner violence and HIV status disclosure within couples. *AIDS Research and Therapy*. 2017;**14**:17.
7. International Planned Parenthood Federation, 2004. Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries.
https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL.pdf
8. IRC & UNICEF, 2012. Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings.
http://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf
9. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai M. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010; 376:41–48.
10. Jhpiego & USAID, 2005. Standards-Based Management and Recognition Field Guide: A Practical Approach for Improving Performance and Quality of Health Services.
<http://reprolineplus.org/resources/field-guide-standards-based-management-and-recognition-learning-resource-package>
11. Ministère du Genre, de l'Enfance, du Handicap et du Bien-être Social de la République du Malawi, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, The Center for Social Research at the

- University of Malawi, et le Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis. Violence against Children and Young Women in Malawi: Findings from a National Survey, 2013. Lilongwe, Malawi: Gouvernement du Malawi, 2014. Accessible via http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/MLW_resources_violencereport_final.pdf
12. République du Mozambique, Département de la santé. Checklist for Integrated Assistance for Victims of Violence.
 13. UNAIDS HIV and AIDS Estimates 2015 for Kenya, Malawi, and Zimbabwe. Accessible via <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries>
 14. UNICEF Kenya; Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis; et Kenya National Bureau of Statistics, 2012. Violence against Children in Kenya: Findings from a National Survey, 2013. Summary Report on the Prevalence of Sexual, Physical and Emotional Violence, Context of Sexual Violence, and Health and Behavioral Consequences of Violence Experienced in Childhood. Nairobi, Kenya: [http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/Findings from a 2010 National Survey.pdf](http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/Findings_from_a_2010_National_Survey.pdf)
 15. ONU Femmes, 2015. Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : <http://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>
 16. USAID, 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. <https://aidsfree.usaid.gov/resources/prc-tech-considerations>
 17. USAID, 2010. Step by Step Guide to Strengthening Sexual Violence Services in Public Health facilities: Lessons and Tools form sexual violence services in Africa. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2010HIV_PEPFAR_SGBV_Toolkit.pdf
 18. USAID, 2014. Toolkit for Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence Interventions along the Relief to Development Continuum. [https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/Intro%20and%20Section%201%20\(FINAL%20MAY%209\).pdf](https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/Intro%20and%20Section%201%20(FINAL%20MAY%209).pdf)
 19. OMS (2004) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>
 20. OMS, 2004. Manuel de sécurité biologique en laboratoire <http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/LabBiosMan3rdFrenchweb.pdf?ua=1>
 21. OMS, 2007. Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherché, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241595681/fr/>

22. OMS 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: Clinical and policy guidelines.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
23. OMS, 2014. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>
24. OMS, 2015. Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/fr/>
25. OMS, 2017, Contraception d'urgence. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
26. OMS, 2017, Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: Clinical and policy guidelines.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
27. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE), 2013. National Baseline Survey on Life Experiences of Adolescents, 2011.
http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/UNICEF_NBSLEA-Report-23-10-13.pdf

Annexe II. Modèles de formulaires

Un certain nombre de modèles sont disponibles et contiennent les informations que les prestataires et les établissements doivent obtenir. Si les formulaires nationaux ne recueillent pas tous les éléments nécessaires, suggérer au MS de les actualiser en fonction du format et des contenus des formulaires ci-dessous:

Modèle de formulaire de consentement

- USAID, 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. p.79 <https://aidsfree.usaid.gov/resources/prc-tech-considerations>
- OMS, 2003. Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. p. 118. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>

Modèle de formulaire médico-légal avec pictogrammes/schémas recensement les traumatismes

- USAID, 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. p. 93 <https://aidsfree.usaid.gov/resources/prc-tech-considerations>
- OMS, 2014. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique. p.89 « Modèle de formulaire pour l'interrogatoire et l'examen » <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>

Aide-mémoires

- USAID, 2013. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs. p. 81, « Top to Toe Physical Examination », et « Medical Management of Child Sexual Violence and Exploitation, » p. 87 <https://aidsfree.usaid.gov/resources/prc-tech-considerations>
- USAID, 2010. Step by Step Guide to Strengthening Sexual Violence Services in Public Health facilities: Lessons and Tools form sexual violence services in Africa. « Evidence Collection, » p. 89 http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2010HIV_PEPFAR_SGBV_Toolkit.pdf

- OMS, 2014. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique. p.47 « Points à vérifier lors de l'examen physique » et p. 65 « Parcours de soins initiaux après une agression sexuelle. » <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>

Entretien de sortie (Formulaire des commentaires des clients)

- International Planned Parenthood Federation, 2004. Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries. p. 207
https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL.pdf

Annexe III. Accord de confidentialité

Évaluation de l'AQ des sites sur la violence basée sur le genre

Accord de confidentialité

*Document qui doit être signé **une fois** par tout le personnel qui participe aux évaluations de l'AQ des sites sur la violence basée sur le genre avant l'application et doit être conservé par un point de contact de l'agence en charge du personnel impliqué dans ces activités.*

1. Je protégerai, dans les limites prévues par la loi, la confidentialité et je ne révélerai pas les noms des patient/es ou tout autre identifiant des patient/es, tels que les dates de naissance, lieux de résidence et adresses, dont je pourrais avoir connaissance dans le cadre de l'évaluation de l'AQ du site lié à la VBG.
2. J'examinerai les registres de patient/es et tout autre dossier comportant les noms des patient/es et les identifiants des patient/es dans un lieu privé, ou en faisant en sorte que la confidentialité soit respectée.
3. Je ne noterai pas les noms ou d'autres identifiants des patient/es.
4. Je n'évoquerai toute question relative à l'examen du dossier du/de la patient/e avec d'autres membres du personnel du site que dans un lieu privé, ou en faisant en sorte que la confidentialité soit respectée.
5. Dans la mesure où cela est autorisé par la loi, je ne révélerai pas les noms ou d'autres identifiants du personnel du site ou du partenaire d'exécution. En outre, je ne conserverai des informations identifiables du site et du partenaire d'exécution concernant l'évaluation de l'AQ liée à la VBG uniquement dans des systèmes de gestion des données sécurisées.
6. Ces dispositions sont conformes, ne prévalent pas, ne sont pas contraires à, et ne modifient pas les obligations, les droits ou les responsabilités qui découlent des législations ou décrets existants eu égard aux (1) informations classifiées, (2) communications au Congrès, (3) au signalement à un Inspecteur général d'une violation d'une loi, règle, réglementation ou mauvaise gestion, d'un gaspillage flagrant de fonds, d'un abus d'autorité, ou d'un danger substantiel et spécifique pour la santé ou la sécurité publique, ou (4) à la protection d'un lanceur d'alerte. Les définitions, exigences, obligations, droits, sanctions et responsabilités issues des dispositions édictées par les décrets et les lois concernées figurent dans cet accord et font autorité.

Signature: _____

Date: _____

Annexe IV. Scénario de l'évaluation de l'AQ d'un site lié à la VBG

À lire au personnel du site avant **chaque** évaluation de l'AQ liée à la VBG. ***Note: si la visite n'est pas conduite au nom de PEPFAR, modifier le texte comme il se doit.**

Nous sommes ici, aujourd'hui, au nom du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, dit PEPFAR, pour mener une évaluation des activités liées à la VBG soutenues par le PEPFAR. Nous espérons que cela permettra d'accroître l'impact des programmes du PEPFAR sur les personnes prises en charge dans cet établissement. Étant donné que vous travaillez pour une organisation ou un site qui bénéficie de l'appui du PEPFAR, nous allons vous solliciter pour cette évaluation, car vous pouvez nous fournir des informations utiles et un aperçu des procédures et des difficultés rencontrées par le programme. Nous allons vous poser des questions issues d'un formulaire standard pour collecter des données. Nous espérons que grâce à ces informations, nous pourrions vous aider à prodiguer les meilleurs soins possibles aux membres de votre communauté.

Votre participation n'est pas obligatoire. Nous ne collecterons pas et nous ne révélerons pas les noms ou d'autres identifiants des patient/es, des bénéficiaires ou du personnel (par exemple, votre nom ou votre fonction ne seront pas notés ou divulgués). Nous n'établirons aucun lien entre les éléments que nous collectons ou notons durant cette visite, et une personne. Toutes les informations que nous collectons ou enregistrons ne seront associées qu'au site, à l'organisation ou au partenaire d'exécution. Nous ferons des commentaires sur les résultats de cette visite au personnel du site et à celui du partenaire d'exécution après la visite.

Le Gouvernement des États-Unis conservera les données de l'évaluation du site en toute sécurité. Le personnel du Gouvernement américain en poste dans le pays utilisera les données pour améliorer le soutien apporté par le PEPFAR aux sites et aux organisations qui appuient et guident les sites. Il se peut que les données résumées par le PEPFAR dans le pays ou la région de même que les synthèses mondiales soient disponibles sous un format qui n'identifie pas votre établissement, votre communauté ou l'entité soutenue par le PEPFAR. Les données relevant du site militaires ne seront pas accessibles au public.

N'hésitez pas nous faire savoir si vous souhaitez une copie de ce formulaire.

Y a-t-il des questions?

Chef de l'équipe de l'évaluation

J'ai lu ce formulaire d'information à haute voix et remis une copie à ceux qui participent à la visite d'évaluation de site.

Chef de l'équipe d'évaluation (noter le nom): _____

Chef de l'équipe d'évaluation (signature): _____

Date: _____ Nom de l'établissement: _____

Annexe V. Modèle de plan d'action

Chaque établissement doit mettre en place un plan d'action pour remédier aux lacunes et difficultés identifiées lors de l'évaluation. Un point prioritaire, une personne, le soutien nécessaire et une date limite sont imputés à chaque lacune.

Il est important de comprendre que le processus est normalement lancé par un petit groupe de personnes engagées car il est très rare de trouver un large soutien en faveur d'une nouvelle initiative d'amélioration. Il faut donc impérativement identifier les défenseurs de l'initiative et les intégrer en vue des efforts d'amélioration.

Lorsqu'elles s'attaqueront aux lacunes et difficultés durant l'évaluation, les équipes doivent se souvenir qu'il faut traiter trois catégories principales:

1. **Les lacunes internes** qui ne requièrent pas une analyse des causes car la solution est évidente et simple (par ex., désignation d'une personne chargée d'une tâche, petits achats pour remplacer les équipements cassés, réaffectation des fournitures et des équipements pour qu'ils soient disponibles à leur point d'usage)
2. **Le manque de ressources** probablement causé par des facteurs dépendant de la localité/l'établissement et pouvant être comblé par la mobilisation des ressources locales (par ex., modification de certaines procédures internes, redistribution de la charge de travail au sein de l'établissement, réaffectation interne des ressources, certains types de formation, application de certaines incitations)
3. **Les lacunes externes** susceptibles d'être causées par des facteurs ne relevant pas de l'établissement et qui ne requièrent pas la mobilisation de ressources externes substantielles (par ex., changements apportés aux politiques, augmentations de salaire, des effectifs, attribution de budgets supplémentaires, travaux/construction)

Les équipes d'établissement sont incitées à se concentrer avant tout sur les lacunes, les normes et les interventions qui sont faciles à respecter (autrement dit, les « cibles faciles ») pour obtenir des résultats rapides, donner de l'impulsion au changement et progressivement acquérir des compétences de gestion du changement pour s'attaquer aux lacunes de nature plus complexe.

Les améliorations partielles peuvent et doivent être récompensées durant le processus en utilisant un ensemble de mesures notamment les commentaires et la reconnaissance sociale (par ex., cérémonies, récompenses symboliques). Le respect des normes par l'établissement est valorisé par un mécanisme qui doit impliquer les autorités institutionnelles et la communauté.

Lacune/difficulté	Type de lacune			Points prioritaires	Personne responsable	Soutien nécessaire	Date limite
	Interne	Ressource	Externe				
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							

Annexe VI. Formulaire de notation

Nom de l'établissement _____

DISPONIBILITÉ ET PERTINENCE DES SERVICES				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
1. L'établissement offre des services liés à la VBG qui sont accessibles, disponibles, abordables et appropriés	7			

PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS ET INFRASTRUCTURES				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
2. L'établissement dispose de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) visibles sur la VBG	1			
3. L'établissement dispose des infrastructures, des équipements et de produits pour prodiguer des soins liés à la VBG	8			

IDENTIFICATION DES PATIENT/ES QUI ONT SUBI LA VIOLENCE COMMISE PAR UN/E PARTENAIRE INTIME OU DE LA VIOLENCE SEXUELLE				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
4. L'établissement dispose d'un système adapté pour que les prestataires identifient les patient/es qui ont subi des actes de VBG	4			

5. Le prestataire pose des questions sur la violence commise par un/e partenaire intime ou la violence sexuelle de façon appropriée	5			
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)	3			
SOINS CLINIQUES & COMMUNICATION AXÉS SUR LES PATIENT/ES				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
7. Le prestataire obtient le consentement éclairé des patient/es adultes et le consentement éclairé des patient/es mineur/es	8			
8. Le prestataire prend en charge les blessures de manière appropriée	5			
9. Le prestataire montre qu'il connaît les techniques de communication adaptées pour empêcher une aggravation du traumatisme du/de la patiente	1			
10. Si le/la patient/e est un/e enfant, le prestataire en tient particulièrement compte conformément aux directives nationales	7			
11. Le prestataire respecte et préserve l'intimité du/de la patiente et la confidentialité	5			
12. Le prestataire observe les aspects suivants des soins respectueux pour prévenir une aggravation du traumatisme du/de la patient/e	5			
13. Le prestataire conduit un examen médical des blessures génitales et non génitales	4			
14. Pour les survivantes d'agression sexuelle, le prestataire offre une contraception d'urgence	4			

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	8			
16. Le prestataire offre des médicaments et/ou des vaccins adaptés pour la prévention et le traitement d'autres infections sexuellement transmissibles	3			
17. Les prestataires prodiguent des soins de santé mentale aux patient/es	3			

Les normes 18 et 19 ne sont pas incluses dans la version minimale de l'outil—veuillez ne pas noter les deux normes suivantes lorsque vous l'utilisez.

EXAMENS MÉDICO-LÉGAUX ET GESTION DES PREUVES				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
18. Le prestataire conduit un examen médico-légal et collecte des preuves médico-légales conformément au protocole national le cas échéant	3			
19. Le prestataire collecte, conserve et/ou transporte les preuves médico-légales en sécurité conformément au protocole national	11			

SYSTÈME DE TRANSFERT VERS D'AUTRES SERVICES/ÉTABLISSEMENTS & DE SUIVI DES PATIENT/ES				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
20. 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	6			
21. Le prestataire offre des services de suivi au/à la patient/e	8			

FORMATION ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
22. 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	1			
23. L'établissement dispose de systèmes pour veiller à l'amélioration continue de la qualité des services de soins post-VBG	5			

POLITIQUE ET PRESTATION DE SOINS				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
24. L'établissement dispose des protocoles pour prodiguer des soins post-VBG standardisés conformément aux directives nationales ou celles de l'OMS	2			

La norme 25 n'est pas incluse dans la version des soins minimums de l'outil—veuillez ne pas noter la norme suivante lorsque vous utilisez la version minimum.

SENSIBILISATION				
NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
25. L'établissement intègre la sensibilisation à la VBG et les transferts vers d'autres structures dans d'autres programmes de santé et des activités de sensibilisation	2			

SYSTÈMES DE SIGNALEMENT ET D'INFORMATION

NORMES D'ASSURANCE QUALITÉ	Nbre de critères dans la norme	Nbre de critères respectés	Normes respectées (O/N)	Commentaires (des commentaires complémentaires peuvent figurer sur la fiche de commentaires)
26. 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	2			

La norme 27 n'est pas incluse dans la version des soins minimums de l'outil—veuillez ne pas noter la norme suivante lorsque vous utilisez la version minimum.

27. Un système d'évaluation est en place pour collecter et analyser les données de programmes sur la VBG	3			
28. Les données relatives à la VBG sont collectées et analysées pour comprendre les tendances, améliorer les services et les systèmes de santé	9			
TOTAL: 28 NORMES (24 POUR LA VERSION MINIMALE DES SOINS)	133			

RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION	
Nbre de normes respectées	
Nbre de normes	28
% de normes respectées	

Signé par _____ Date _____
(Chef de l'équipe de l'évaluation)

Signé par _____ Date _____

Points forts

Difficultés

(Établissement bénéficiaire)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the beneficiary establishment information.

Annexe VII. Tableau récapitulatif

Pour noter le critère de vérification 13.1 dans l'Outil d'AQ sur la VBG sur l'exhaustivité de la documentation:

1. Demander à l'établissement de santé de vous transmettre quatre formulaires de patient/e ou le registre sur la VBG et passez-les en revue pour voir s'ils comportent un espace réservé à la collecte des éléments énumérés dans les colonnes ci-dessous. Demander au personnel des clarifications si nécessaire, et leur garantir qu'aucune information confidentielle sur les client/es ne sera prise. Veiller à couvrir les noms dans les dossiers lors de l'examen et ne pas enregistrer ou prendre des photos des informations d'identification personnelles pendant l'étude du tableau.
2. Donner les instructions suivantes pour favoriser l'étude d'un échantillon plus aléatoire et divers:
 - a. S'abstenir de prendre les quatre dossiers de patient/es les plus récents (c'est-à-dire, essayer de prendre des dossiers remontant à ces derniers mois voire une année)
 - b. Inclure les dossiers de violence sexuelle et physique
 - c. Inclure les dossiers de plusieurs prestataires (autrement dit, faire en sorte que les dossiers patient/es n'aient pas été traités par le même prestataire)
3. Examiner les dossiers patients, un par un, pour obtenir des informations sur les éléments ci-dessous.
4. Si les formulaires/registres ne peuvent pas collecter TOUS les éléments ci-dessous, marquez « NON » dans l'Outil d'assurance qualité sur la VBG et noter tous les éléments manquants dans la rubrique des commentaires. Il se peut que vous deviez consulter plusieurs formulaires, car les informations pourraient être disséminées dans différents formulaires et registres.
5. Noter si les éléments des colonnes ci-dessous sont collectés dans chacun des dossiers des patients en entourant « O » pour oui ou « N » pour non. Pour certains dossiers patient/es, il est possible que certains éléments ne soient pas pertinents. Pour ces éléments, entourer « N/A » (par ex., il n'y aura pas d'évaluation du risque de grossesse pour une patiente de 5 ans victime d'agression sexuelle puisqu'elle est prépubère.
6. L'établissement a-t-il pu fournir au moins quatre dossiers patient/es? Dans le cas contraire, marquez « NON » mais examinez les dossiers qu'il a pu fournir. Noter quels sont les éléments manquants ou ceux qui ne sont pas collectés correctement dans la rubrique commentaires de l'Outil d'assurance qualité sur la VBG.

Élément	1	2	3	4
1. Sexe du (de la) patient(e)	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
2. Si le patient s'identifie comme membre d'une population clé (homme qui a des rapports sexuels avec des hommes, personne qui s'injecte des drogues, travailleur/se du sexe, transgenre, ou prisonnier/ère)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
3. Sexe de l'/des auteur/s des faits	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
4. Âge du/de la patient/e	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
5. Âge de l'/des auteur/s des faits	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
6. Nombre d'auteurs des faits (s'il y en a plus d'un)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
7. Relation de l'/des auteur/s des faits avec le/la patient/e (le cas échéant)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
8. Heure et date de l'agression/des actes de violence	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
9. Heure et date de la consultation	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
10. Type de violence/d'agression	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
11. Description de l'incident	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
12. Pour les agressions sexuelles, si un préservatif a été utilisé ou non	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
13. Pour les agressions sexuelles, type de pénétration (avec pénis, doigt, objet ou bouche)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
14. Pour les agressions sexuelles, lieu de pénétration (vaginal, oral, anal)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
15. Évaluation du risque de grossesse	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
16. Évaluation du risque d'infection par le VIH ou par IST	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
17. Historique des rapports sexuels consentis dans les 5 jours suivant l'agression (si les échantillons d'ADN)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
18. Documentation des blessures du/de la patient/e sur un schéma détaillé	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
19. Médicaments administrés, offerts, acceptés et/ou déclinés y compris PPE	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
20. Preuves médico-légales collectées (le cas échéant; peut-être N/A)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A
21. Signes et symptômes actuels de VBG (pour une liste, veuillez vous référer à la p.14 de l'outil d'AQ sur la VBG)	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N

Élément	1	2	3	4
22. Antécédents médicaux pertinents (par ex, blessures préexistantes, agression sexuelle précédente, enceinte actuellement? statut VIH?	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
23. Signes vitaux	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
24. Transferts vers d'autres services/établissements proposés	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> N
25. Lieu en provenance duquel un/e patient/e a été orienté/e (le cas échéant)	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A	<input type="radio"/> N N/A



Violence Basée sur le Genre

Guide de Facilitation

Janvier, 2018

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

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